



Universidade de Lisboa
Faculdade de Motricidade Humana



**Intervenção Psicomotora numa perspetiva preventiva e educativa
em contexto Jardim de Infância no Centro Social e Paroquial de
Santa Marta do Casal de Cambra**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de
Mestre em Reabilitação Psicomotora

Orientadora: Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Júri:

Presidente:

Professor Doutor Pedro Jorge Moreira de Parrot Morato

Vogais:

Professora Doutora Ana Paula Lebre dos Santos Branco Melo

Professora Doutora Maria Teresa Perlico Machado Brandão

Solange Alexandra de Assunção Moura

Março 2018

Agradecimentos

Este ano de aprendizagens foi fundamental para o meu crescimento profissional e pessoal, crescimento este que resultou de todo o trabalho realizado e das relações estabelecidas durante o estágio, que não teriam sido possíveis sem o apoio e presença de várias pessoas, a quem quero deixar o meu agradecimento...

À Professora Doutora Teresa Brandão pela orientação ao longo do ano letivo, facultando-me ferramentas necessárias para o sucesso e eficácia na prática das atividades de estágio, tal como, para o desenvolvimento deste relatório.

À Educadora Carla Fernandes, orientadora local, que desde o primeiro momento se mostrou disponível para me acolher e integrar na equipa. Pelo seu profissionalismo e simpatia e pelo acompanhamento e apoio durante todo o ano.

A toda a equipa do Centro Social e Paroquial de Santa Marta do Casal de Cambra, pelos conhecimentos transmitidos e pela forma como me receberam e ajudaram sempre que precisei, que permitiram que estas experiências e aprendizagens fossem ainda mais enriquecedoras.

A todas as crianças com quem tive o prazer de conviver e trabalhar durante o estágio, pela sua cooperação e por todas as aprendizagens e ensinamentos que pude retirar a partir da minha interação com elas.

Por último deixo um grande obrigado à minha família e aos meus amigos, que sempre me apoiaram e se disponibilizaram para me ajudar ou simplesmente ouvir, tanto nos momentos de frustração, como os de alegria e sucesso.

Resumo: Este relatório descreve as atividades desenvolvidas no âmbito da Intervenção Psicomotora no Centro Social e Paroquial de Santa de Casal do Cambra, durante o estágio relativo ao Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais, do segundo ano do mestrado de Reabilitação Psicomotora, da Faculdade de Motricidade Humana. Após da realização de rastreios de desenvolvimento, através da aplicação da *Schedule of Growing Skills II*, a 46 crianças, de idades compreendidas entre os 2 e os 5 anos, com desenvolvimento típico, e a uma criança com Perturbação do Espectro do Autismo, foram definidos e implementados objetivos de intervenção. Com base nos mesmos, desenvolveram-se sessões de intervenção psicomotora semanais de carácter grupal com as 47 crianças e individual com a criança com o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. Após a avaliação final, a intervenção psicomotora revelou ser uma ferramenta fundamental na promoção do desenvolvimento infantil, tanto no âmbito educativo na intervenção com os grupos, como terapêutico na intervenção individual com o estudo caso.

Palavras-chave: Psicomotricidade, Intervenção Psicomotora, Intervenção Precoce, Desenvolvimento Infantil, Rastreios de Desenvolvimento, Promoção do Desenvolvimento Infantil, Perturbação do Espectro do Autismo, *Schedule of Growing Skills II*

Abstract: This report describes the activities developed at the Centro Social e Paroquial de Santa do Casal de Cambra, carried out under the Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais of the second year of the Master's Degree in Psychomotor Rehabilitation of the Faculdade de Motricidade Humana. After performing development screenings to 47 children with ages between 2 and 5 years old, with the Schedule of Growing Skills II, intervention goals were defined. Based on those, weekly group and individual psychomotor intervention sessions were scheduled. The individual intervention focus was a child diagnosed with Autism Spectrum Disorder. The final assessment revealed that psychomotor intervention can be a fundamental tool to enhance child development, as an educational tool in the intervention with the groups and as a therapeutic tool in the individual intervention with the study-case.

Keywords: Psychomotricity, Psychomotor Intervention, Early Intervention, Child Development, Development Screening, Promotion of Child Development, Austim Spectrum Disorder, Schedule of Growing Skills II

Índice Geral

Agradecimentos.....	i
Índice Geral	iii
Índice de Tabelas	v
Índice de Figuras	vi
I. Introdução.....	1
II. Enquadramento da Prática Profissional	2
1. Enquadramento Teórico	2
1.1. Intervenção Psicomotora.....	2
1.2. Intervenção Precoce.....	6
1.3. A importância dos Rastreios de Desenvolvimento.....	9
1.4. Perturbação do Espectro do Autismo.....	13
1.4.1. Definição.....	13
1.4.2. Diagnóstico, critérios e características.....	13
1.4.3. Teorias explicativas	16
1.4.4. Porquê a intervenção precoce?	17
1.4.5. E a intervenção psicomotora?	18
2. Enquadramento Institucional	20
2.1. Centro Social Paroquial de Santa Marta do Casal de Cambra (CSPSMCC)	20
III. Realização da Prática Profissional.....	23
1. Calendarização	23
2. Caracterização da população e estudos de caso.....	25
2.2. Caracterização dos grupos de intervenção.....	25
2.3. Caracterização do estudo de caso.....	27
3. Processo de Intervenção nos Grupos.....	28
3.1. Observação e Avaliação	28
3.1.1. Rastreios de Desenvolvimento.....	28
3.1.2. Schedule of Growing Skills II.....	29

3.1.3.	Condições de avaliação	30
3.2.	Apresentação e Análise de Resultado das Avaliações Iniciais	30
3.3.	Objetivos e planeamento da Intervenção	34
3.3.1.	Objetivos e estratégias de intervenção	34
3.3.2.	Planeamento da intervenção	38
3.4.	Apresentação e Análise de Resultado das Avaliações Finais	39
4.	Processo de Intervenção do Estudo de Caso	41
4.1.	Observação e Avaliação	41
4.1.1.	Schedule of Growing Skills II	41
4.1.2.	Condições de avaliação	42
4.2.	Apresentação e Análise de Resultado da Avaliação Inicial	43
4.3.	Objetivos e planeamento da Intervenção	47
4.3.1.	Objetivos e estratégias de intervenção	47
4.3.2.	Planeamento da intervenção	50
4.4.	Reuniões de Equipa e Visita Domiciliária	51
4.5.	Apresentação e Análise de Resultado da Avaliação Final	51
5.	Atividades complementares	57
5.1.	Relatórios de avaliação para despiste	57
5.2.	Reuniões com os encarregados de educação	57
5.3.	Sessão Estimulação Sensorial – Dia da Mãe	58
5.4.	Atividades do Dia do Pijama	59
5.5.	Festas de Natal e de Final do Ano	59
6.	Dificuldades e limitações	60
7.	Conclusão e Perspetivas de Futuro	62
	Bibliografia	64

Índice de Anexos

Anexos.....	i
Anexo A – Brochura de Proposta.....	ii
Anexo B - Termo de Consentimento Informado	iii
Anexo C – Exemplo de um relatório de observação e avaliação.....	iv
Anexo D – Apresentação aos pais	vi
Anexo E – Lista de Materiais Disponíveis e Construídos	viii
Anexo F – Sessão Dia do Pijama	ix
Anexo G – Sessão de Estimulação Sensorial	x
Anexo H – Exemplo de um relatório de avaliação inicial de grupo entregue à educadora de sala.....	xi
Anexo I – Exemplo de um relatório de avaliação final de grupo entregue à educadora de sala.....	xiv
Anexo J – Exemplo de um plano de sessão de grupo.....	xvii
Anexo K – Exemplo de um plano de sessão do estudo de caso	xviii

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Calendarização das atividades de estágio.	23
Tabela 2 - Horário das atividades de estágio.	24
Tabela 3 - Caracterização dos grupos de intervenção.	26
Tabela 4 - Tabela resumo das áreas fortes, intermédias e fracas de cada criança dos grupos, na avaliação inicial.	31
Tabela 5 - Tabela resumo das áreas fortes, intermédias e fracas de cada grupo, na primeira avaliação.	33
Tabela 6 - Objetivos de intervenção dos três grupos.	36
Tabela 7 - Tabela resumo das áreas fortes, intermédias e fracas de cada grupo, na primeira e segunda avaliação.	39
Tabela 8 - Quadro resumo da pontuação obtida pelo JL.....	43
Tabela 9 - Objetivos e Estratégias de Intervenção do JL.	48
Tabela 10 - Quadro resumo da pontuação obtida pelo JL na avaliação inicial e final.....	52

Índice de Figuras

Figura 1 - (a) Salão, (d) sala de 2 anos, (b) e (c) sala 9.	21
Figura 2 - Organigrama do Centro Social e Paroquial de Santa Marta do Casal de Cambra.	22
Figura 3 - Relação entre as atividades realizadas e os domínios de desenvolvimento em que se inserem.	39
Figura 4 - Perfil de desenvolvimento do JL após a avaliação inicial.	43
Figura 5 - Relação entre as atividades realizadas e os domínios de desenvolvimento. ...	50
Figura 6 - Perfil de Desenvolvimento do JL nas avaliações inicial e final.	52

I. Introdução

O presente relatório surge no âmbito das atividades de estágio realizadas durante o ano letivo 2016/2017, relativas ao Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais (RACP), com orientação académica da Professora Doutora Teresa Brandão e orientação local da Educadora Carla Fernandes, no decorrer do segundo ano do mestrado de Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana – Universidade de Lisboa.

Segundo o seu regulamento, as atividades do RACP têm como objetivos: (i) promover o domínio de conhecimento de Reabilitação Psicomotora nas suas vertentes, científica e metodológica, estimulando a capacidade reflexiva multidisciplinar, (ii) desenvolver as competências de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas nos diversos contextos e domínios de intervenção psicomotora, (iii) estimular nos formandos a capacidade de inovar tanto na conceção como na implementação de novos conhecimentos, práticas e perspetivas profissionais e políticas para desenvolver o enquadramento profissional e científico da Psicomotricidade. As atividades do RACP têm uma duração de 1500 horas, coincidindo com os dois semestres letivos, sendo a carga horária semanal de 21 horas nas instituições, de 2 horas de tutorial com o orientador académico e 35 horas de estudo.

O estágio, no âmbito da intervenção psicomotora, decorreu no Centro Social e Paroquial de Santa Marta do Casal de Cambra e neste documento serão apresentadas as atividades e competências desenvolvidas, durante os oito meses. Foram acompanhadas 47 crianças com idades entre os 2 e 5 anos, tanto em intervenção em grupo (47, em 3 grupos) como individual, com uma criança com o diagnóstico de Perturbação do Espectro de Autismo.

O relatório está organizado em três capítulos. Em primeiro lugar é apresentado o enquadramento teórico, no qual são tratados temas como a importância dos rastreios de desenvolvimento e consequente intervenção psicomotora e é abordada a Perturbação do Espectro do Autismo. Seguindo-se da caracterização do enquadramento institucional. O segundo capítulo explicita a prática profissional desenvolvida, esclarecendo os contextos de intervenção e a população atendida, tal como, descrevendo todo o processo de intervenção. São expostos os instrumentos e metodologias de avaliação e os objetivos delineados após a mesma que são a base da intervenção depois realizada. No último capítulo, é apresentada uma reflexão sobre as experiências vivenciadas e aprendizagens desenvolvidas no estágio, refletindo-se sobre o processo de intervenção. Referindo ainda as perspetivas de futuro.

II. Enquadramento da Prática Profissional

Neste capítulo do relatório são desenvolvidos os assuntos que enquadram a prática profissional desenvolvida no estágio, numa sequência lógica. Em primeiro lugar, é apresentada a revisão de literatura sobre as temáticas relacionadas com o estágio, como: o desenvolvimento infantil, a relevância da intervenção psicomotora, nos âmbitos preventivos e educativos, e ainda, a Perturbação do Espectro do Autismo, referente ao caso individual que acompanhei.

De seguida, é apresentado o enquadramento institucional formal, i.e., a caracterização da instituição, onde decorreram as atividades de estágio. São descritos: o contexto funcional, as valências de atendimento e o enquadramento do estágio na instituição.

1. Enquadramento Teórico

De seguida será apresentada a fundamentação teórica que está na base da prática profissional realizada neste estágio.

1.1. Intervenção Psicomotora

A psicomotricidade surgiu em França e foi-se expandido sobretudo para os países mediterrânicos e latino-americanos. Inicialmente, tinha como objetivos apenas a reeducação psicomotora, de problemas motores e espaço-temporais, através de metodologias instrumentais (Martins, 2001). Com o avanço do tempo, percebeu-se que se deve ter em conta a criança enquanto ser global, uma vez que o funcionamento cognitivo e o emocional estão intimamente relacionados com o motor. Na atualidade, o objetivo não se centra apenas em melhorar a expressão e coordenação motora, mas sim, também, na realização da criança enquanto pessoa. (Fonseca, 2009b; Martins, 2001).

Atualmente é definida como o campo transdisciplinar que estuda as relações recíprocas e sistémicas, entre o psiquismo (os processos cognitivos, como a atenção e os processos de funcionamento mental que integram as sensações, percepções, emoções, ideias) e a motricidade (expressões mentais e corporais, envolvendo funções tónicas, posturais, espaciais, somatognósicas e práxicas) (Fonseca, 2009b).

Segundo Probst & Van de Vliet (2005) o conceito de psicomotricidade surge associado à ideia de mudanças psíquicas no indivíduo, através do movimento do corpo, da sua motricidade, uma vez que é parte integrante deste mesmo psíquico. Também Fonseca (2010) refere a existência duma relação entre o psiquismo (conjunto do funcionamento mental) e a motricidade (expressões mentais e corporais). O autor explica que não é

possível separar o corpo e a mente, uma vez que o desenvolvimento quer pessoal, quer social do sujeito é consequente das interações estabelecidas entre o corpo, a mente e os diferentes contextos do envolvimento, no qual o indivíduo se insere.

A psicomotricidade baseia-se em várias áreas científicas como a psicanálise, fenomenologia, cognitivismo e neurologia, e permite que a criança, através do movimento e da experiência estruture o seu esquema corporal, fazendo-o de forma lúdica e relacionando-se com o envolvimento, crescendo intelectualmente (Martins, 2001; Silva, 2011).

Os autores acrescentam que na psicomotricidade o corpo é visto como um instrumento, um corpo que sente, vive e comunica. Compreende o ser humano nas suas componentes psicossociais e afetivas a partir da comunicação corporal e do jogo espontâneo, tendo em conta as suas potencialidades, e possibilitando um desenvolvimento mais funcional (Silva e Tavares, 2010; Vieira, 2014).

Segundo Costa (2005) e Martins (2001) os psicomotricistas devem atuar enquanto mediadores da relação entre a criança e o envolvimento, sendo o suporte de comunicação. Os autores referem como competências importantes dos psicomotricistas as seguintes: (i) não devem avaliar a prestação das crianças por critérios, mas sim, aceitar toda a expressão da criança como válida, e (ii) devem considerar a relação constante das funções emocionais, cognitivas e motoras, que se exprimem na ação motora, e que dependem dos contextos onde a criança se desenvolve. Os autores referem ainda que o psicomotricista é o agente que transmite segurança e empatia, com uma posição pouco intervencionista. E deve ser disponível e atento à comunicação e necessidades da criança, aproximando-se quando a criança o deseja (Costa, 2005; Martins, 2001).

Rodríguez e Llinares (2008) acrescentam que o papel do psicomotricista é fundamental para a eficácia da intervenção nesta área. Por isso, é importante que o técnico domine as bases teóricas que fundamentam a sua prática profissional. A sua formação deve incluir treino prático e teórico que cimentem estas duas dimensões, tal como a formação pessoal, facilitando a interiorização, vivência reflexiva e ajuste pessoal

A prática profissional do psicomotricista é construída a partir de uma formação que articula saberes de diversas áreas, traduzidas na aquisição de competências sólidas que permitem abordar as problemáticas próprias dos diversos contextos de intervenção (Valsagna, 2009). Conjuntamente com estratégias fundamentadas na intencionalidade, significação, individualização, autorregulação e controlo, entre outras, as competências adquiridas

sustentam a relação terapêutica, tornando o psicomotricista um facilitador dos processos de aprendizagem do indivíduo (Fonseca, 2009a).

Também Rodríguez e Llinares (2008) referem que o psicomotricista deve investir numa formação contínua e acrescentam que esta formação permitirá desenvolver e maximizar capacidades fundamentais à sua profissão, como: capacidade de observação de si e dos outros, criatividade, expressividade psicomotora, capacidade de comunicação com quem realiza a intervenção, com os familiares e outros profissionais e capacidade de adaptar estratégias a diferentes situações potencializadoras do desenvolvimento infantil.

O Fórum Europeu da Psicomotricidade (2012) considera o psicomotricista, um profissional especializado na intervenção centrada no movimento e no corpo que visa melhorar o funcionamento psicossocial e a saúde mental de qualquer indivíduo, independentemente da sua faixa etária. Para além das competências de intervenção, o psicomotricista é um profissional apto a trabalhar com outros profissionais, numa instituição pública ou privada, em conformidade com as condições e objetivos da mesma. A formação contínua, a capacidade de formar outros profissionais ou pais, de participar em seminários ou palestras e de participar em pesquisas e publicações são outras competências igualmente importantes próprias do psicomotricista (Fórum Europeu da Psicomotricidade, 2012).

A intervenção psicomotora pode incidir na componente relacional e psicoafectiva ou na componente instrumental (Martins, 2001).

Na intervenção psicomotora relacional, valoriza-se a relação com a criança e o seu ritmo no caminho até à autonomia. Utiliza-se o jogo do faz de conta, a dramatização, o jogo simbólico, sendo que através da expressão motora a criança liberta-se de situações menos positivas da sua vida, aprendendo no futuro a compreender, gerir e lidar com situações semelhantes. As sessões não devem ter como objetivo único melhorar determinadas capacidades motoras, só para que seja mais coordenada, mas sim para que se sinta melhor consigo mesma, no seu corpo, como agente de ação nos seus envolvimento e contextos. É uma prática de mediação corporal em que a criança utiliza como instrumento para a aprendizagem, o seu corpo em movimento, manifestando-se nas suas posturas, atitudes, gestos e mímicas (Costa, 2005; Martins, 2001).

Costa (2005) indica alguns princípios nesta intervenção, como: (i) ver a criança acima do seu diagnóstico, (ii) consciencializar as ações da criança, estimulando a reflexão sobre a sua expressão motora (iii) facilitar o diálogo, utilizar gestos às palavras, (iv) promover a criatividade e espontaneidade da criança e (v) a criança ser agente ativo na estruturação e organização da sessão.

Os autores referem ainda que na intervenção psicomotora relacional, os materiais funcionam como estimuladores e impulsionadores de ação e movimento, mas só devem ser introduzidos quando têm funcionalidade e intenção prática e simbólica (Costa, 2005; Martins, 2001).

Relativamente à intervenção psicomotora instrumental, segundo Martins (2001), esta tem por base teorias cognitivas e neuropsicológicas e foca-se na relação com os materiais e o espaço, na estimulação e experimentação sensorio-motora. Pretende-se, de uma forma mais livre ou estruturada, promover o desenvolvimento da percepção, atividade simbólica e conceptual e a consciencialização da ação motora. A intervenção centra-se na resolução de situações-problema, para resolver bloqueios e melhorar a autoestima e autoconfiança da criança. Devem-se desenvolver atividades que possibilitem o sucesso e que, através do constante *feedback* a criança possa avaliar a sua própria prestação e ter consciência do seu progresso e das capacidades que vai desenvolvendo. Deve-se recorrer à linguagem verbal, reflexão e expressão motora.

O mesmo autor acrescenta ainda que primeiro trabalha-se as sensações, depois a integração tónico-postural, os processos de laterização, as percepções corporais e espaço-temporais e a coordenação prática, para depois se progredir para a representação e abstração, levando ao pensamento categorial e conceptual.

Ambas as modalidades, podem ser trabalhadas em contexto individual e de grupo. Na intervenção, em ambos os contextos, as crianças devem participar livremente, i.e., porque se sentem motivadas para o fazer, e abertamente, ou seja, as atividades que se vão desenvolver realizam-se num contexto flexível às suas escolhas e interesses (Costa, 2005).

Em grupo, a intervenção psicomotora deve numa primeira fase, solidificar uma relação terapêutica com as crianças de segurança, partilha e cumplicidade. O psicomotricista deve mostrar à criança que é disponível, que se interessa por ela e que têm interesses em comum. As crianças, ainda que estejam em situação de grupo, devem ter oportunidades de explorar o espaço e os materiais, centradas apenas em si. No final, o grupo deve-se reunir, refletir e expressar-se sobre as experiências vividas (Costa, 2005).

Sessões de psicomotricidade em grupo permitem desenvolver competências de cooperação, interajuda, co-gestão e interação social. E que a criança compreenda o papel que ela próprias e os pares podem ter na resolução de problemas. Permite desenvolver capacidades de escuta, de adaptabilidade, imitação, criatividade. A criança vê o outro, aprende com ele e compreende o EU na sua interação com o outro, e.g.: nas experiências

as crianças desenvolvem uma consciencialização do EU que depois de expressa ao grupo, aperfeiçoa-se e demonstra a outras crianças que a imitam e assim nesta relação recíproca, as crianças ensinam umas às outras os seus processos de criatividade (Costa, 2005; Onofre, 2003).

A intervenção psicomotora vai permitir o desenvolvimento e aquisição de novas aprendizagens e habilidades, de uma forma significativa e funcional, focando-se, também, no estabelecimento de vínculos saudáveis (Paixão, 2013). O autor refere que se deve utilizar como metodologia de intervenção, o jogo, uma vez que desta forma a criança sentirá que está a brincar e não em terapia a trabalhar e este contexto mais lúdico aumentará a motivação da criança nas atividades.

1.2. Intervenção Precoce

Segundo Carvalho et al (2016), a Intervenção Precoce (IP) só começou a dar os seus primeiros passos, em Portugal, por volta dos anos 80, com o desenvolvimento de programas com o objetivo de estimulação precoce, em e.g.: centros de paralisia cerebral. Os autores referem que, através da colaboração com especialistas internacionais, a IP continuou a crescer e a desenvolver-se em Portugal, evoluindo duma perspetiva de intervenção centrada na criança para uma centrada na família.

Os autores referidos indicam ainda que nesta evolução, a IP desenvolveu-se duma perspetiva centrada na criança com deficiência, baseada nos seus défices e acompanhada por uma equipa multidisciplinar, para uma perspetiva que tem como população-alvo as famílias de crianças dos 0 aos 6 anos, com perturbações de desenvolvimento e/ou em risco, em que o processo de intervenção tem como objetivos: (i) a prevenção, (ii) a capacitação das famílias e (iii) o desenvolvimento da criança, baseando-se nas forças da família, sendo o acompanhamento realizado por uma equipa transdisciplinar, na qual a família tem um papel ativo (Carvalho et al, 2016).

Atualmente, em Portugal, o Decreto-Lei n.º 281/2009 define a IP como “o conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social” (Decreto-Lei n.º 281/2009, p.7298). O processo de aplicação destas medidas e ações, encontra-se dividido em três níveis: (i) o nível local, das equipas multidisciplinares, (ii) o nível regional, de coordenação e (iii) o nível nacional, de articulação com todo o sistema (Decreto-Lei n.º 281/2009).

A IP apoia a família, na qual a criança está integrada, com base numa rede de serviços, apoios e recursos, respondendo às necessidades identificadas. Esta visão enquadra-se nos modelos Ecosistémico e Transacional que defendem a importância dos contextos e relações entre os mesmos, no processo de desenvolvimento da criança, tal como, que devem operacionalizar-se através da coordenação entre os serviços e recursos. Estes modelos defendem a família, como o principal contexto da criança, como foco da intervenção precoce, vendo-a inserida numa comunidade com valores e normas próprias (Almeida, 2012; Bairrão e Almeida, 2003).

Esta mudança de pensamento, em que a criança deixa de ser o principal foco de intervenção, passando a ser a família como um todo, permite que esta tenha um papel ativo no processo de intervenção, em conjunto com os profissionais, nas tomadas de decisões. São potencializadas as redes de apoios, o sentimento de pertença à comunidade, a autonomia da família e a utilização de recursos da comunidade onde a família se insere, para que no seu todo, atinja a melhor qualidade de vida (Almeida, 2012).

De acordo com Franco (2007), a IP é um processo que compreende diferentes fases: (i) a fase da deteção, que serve como indicador; (ii) a fase da identificação ou sinalização, na qual se procuram sinais ou sintomas que indicam que o desenvolvimento da criança pode estar em risco ou a progredir de forma atípica, sendo esta uma dimensão preventiva; (iii) a fase da avaliação, diagnóstico e planeamento da intervenção, em que se caracteriza a natureza do problema, as necessidades que deste advém, organizando os recursos disponíveis; (iv) por último, a intervenção incluirá a criança, a família e seu meio envolvente, criando condições favoráveis ao seu desenvolvimento.

Contextualizando a IP no seu enquadramento legal, em Portugal, segundo o Decreto-Lei n.º 281/2009, com base na Convenção das Nações Unidas dos Direitos da Criança e no âmbito do Plano de Ação para a Integração das Pessoas com Deficiência ou Incapacidade 2006-2009, e com objetivo de potenciar e mobilizar a ação dos serviços de intervenção precoce, foi desenvolvido o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

O SNIPI, através da ação coordenada dos Ministérios do Trabalho e da Solidariedade Social, da Saúde e da Educação, em conjunto com a família e da comunidade, consiste “num conjunto organizado de entidades institucionais e de natureza familiar, com vista a garantir condições de desenvolvimento das crianças com funções ou estruturas do corpo que limitam o crescimento pessoal, social, e a sua participação nas atividades típicas para a idade, bem como das crianças com risco grave de atraso no desenvolvimento” (Decreto-Lei n.º 281/2009, p. 7298).

Segundo o Decreto-Lei referido o SNIPI tem como objetivos: (i) garantir a proteção dos direitos das crianças e o desenvolvimento das suas capacidades, (ii) detetar e sinalizar as crianças com alterações nas funções e estruturas do corpo ou em risco de atraso de desenvolvimento, e depois (iii) intervir e apoiar as famílias de modo a diminuir os riscos detetados, (iv) apoiar as famílias no acesso a serviços e recursos e (v) envolver a comunidade através da criação de mecanismos articulados de suporte social (Decreto-Lei n.º 281/2009).

O SNIPI organiza-se em três níveis: (i) coordenação intersectorial, representada pela Comissão Nacional, que, entre outras funções, assegura a articulação entre as ações dos Ministérios, e pelas Subcomissões Regionais, (ii) as equipas locais de intervenção (ELI) e (iii) a rede de núcleos de supervisão técnica distritais (Carvalho et al, 2016; Decreto-Lei n.º 281/2009). No funcionamento do SNIPI, o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social tem como funções: (i) promover a cooperação ativa com as IPSS e equiparadas, (ii) promover a acessibilidade a serviços e apoios e (iii) nomear os profissionais dos centros distritais do Instituto de Segurança Social I.P., para as equipas de coordenação regional; o Ministério da Saúde: (i) assegura a deteção, sinalização e acionamento da ação da IP, (ii) realiza o encaminhamento das crianças, (iii) nomeia profissionais para as equipas de coordenação regional, e (iv) assegura a contratação de profissionais para equipas de IP, nos diferentes contextos; por fim, o Ministério da Saúde: (i) organiza uma rede de escolas de referência para IP, (ii) assegura a articulação das escolas com os serviços de saúde e segurança social, (iii) assegura as medidas educativas previstas no PIIP através dos docentes, (iv) assegurar a transição das medidas previstas no PIIP para o Plano Educativo Individual, na passagem do pré-escola para o ensino primário, e (v) nomear os profissionais para as equipas de coordenação regional (Decreto-Lei n.º 281/2009).

Ainda no Decreto-Lei indicado, são descritas as equipas locais de intervenção (ELI), com sede nos centros de saúde, que têm como funções: (i) identificar crianças e famílias com condições ilegíveis para o SNIPI, (ii) vigiar as em risco, mas ainda não ilegíveis, (iii) encaminhar para outros serviços de apoio, (iv) elaborar o Plano Individual da Intervenção Precoce (PIIP), (v) identificar necessidades da comunidades e arranjar respostas, (vi) articular com outras instituições como as comissões de proteção, creches e jardins de infância, e (vii) apoiar no processo de transição das crianças para outros apoios.

No Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP) são definidas as medidas de intervenção, articulação de serviços e de processos de intervenção. São identificados os recursos e necessidades da criança e da sua família, os apoios a ser prestados e a sua

calendarização, as condições em que as avaliações se realizam, as medidas a tomar no processo de transição para o ensino primário e a articulação com o Plano Educativo Individual (Decreto-Lei n.º 281/2009).

Uma das dimensões importantes da IPI, como se encontra expresso na legislação é a dimensão preventiva e como referem Soejima e Bolsanello (2012), a intervenção preventiva na primeira infância tem efeitos positivos a nível do desenvolvimento global, permitindo identificar precocemente desvios no desenvolvimento e eventuais fatores de risco.

López, Sánchez e Ibáñez, (2004) e Soejima e Bolsanello (2012) realizaram estudos para tentar perceber a importância da intervenção no âmbito preventivo. Num estudo de comparação entre grupos de controlo e grupo experimental, López, Sánchez e Ibáñez (2004) observaram progressos significativos no desenvolvimento psicomotor no grupo que recebeu a intervenção psicomotora precoce. Noutro estudo, Soejima e Bolsanello (2012) verificaram que é viável desenvolver e aplicar programas de intervenção precoce de âmbito preventivo em creche, pois, avaliaram um programa de crianças dos 0 aos 3 anos com IP de prevenção, e verificaram uma progressão significativa nas crianças que, inicialmente, apresentaram atrasos de desenvolvimento.

É importante ainda referir que a IP e as creches têm objetivos semelhantes ao potencializar o desenvolvimento infantil, e estar atento aos fatores emocionais, físicos, sociais e cognitivos. Sendo fácil concluir que a educação psicomotora em contexto pré-escolar é um recurso importante na prevenção e promoção do desenvolvimento infantil (Soejima e Bolsanello, 2012).

1.3. A importância dos Rastreios de Desenvolvimento

No âmbito da avaliação do desenvolvimento psicomotor, é cada vez mais reconhecida a importância da realização de rastreios precoces cujo objetivo fundamental consiste em tentar identificar, o mais cedo possível, dificuldades ou desvios no referido processo para poder organizar uma resposta ou intervenção o mais precocemente possível. Ou seja, verifica-se uma preocupação crescente na avaliação do desenvolvimento psicomotor das crianças do nascimento aos dois anos, para identificar possíveis perturbações ou dificuldades, para que o prognóstico, com a intervenção apropriada, seja mais positivo (Briggs-Gowan et al, 2004; Committee on Children with Disabilities, 2001; Meisels e Atkins-Burnett, 1989; Rydz, Shevell, Majnemer e Oskoui, 2005).

Os resultados dos rastreios de desenvolvimento permitem avaliar a necessidade de realizar uma avaliação mais detalhada e abrangente do desenvolvimento da criança, i.e., o rastreio vai apenas disponibilizar informações sobre possíveis atrasos em áreas de desenvolvimento, identificar áreas fortes e fracas e avaliar o progresso ao longo do tempo da criança (Allen, 2007; Committee on Children with Disabilities, 2001).

Gonçalves (2015) refere que os rastreios permitem retirar informações para desenvolver orientações na promoção do desenvolvimento e que só devem ser realizados sabendo que existe uma resposta eficaz para os problemas que possam ser detetados após a realização da avaliação. A autora explica que se deve preceder para uma avaliação mais detalhada caso o rastreio o indique porque o desenvolvimento da criança é influenciado por múltiplos fatores e nenhum rastreio de desenvolvimento consegue avaliar todos os aspetos de desenvolvimento que podem ser afetados por todos os fatores de risco.

Após a aplicação de testes específicos para identificar possíveis problemas de desenvolvimento nas idades chave, i.e., nos períodos críticos de desenvolvimento de determinadas competências e capacidades, as crianças que são rastreadas cedo e são identificados os desvios de desenvolvimento, começam a intervenção mais cedo e demonstram vantagens e evoluções positivas em comparação com pares com as mesmas características, mas que não tiveram acesso a serviços de intervenção precoce (Oliveira, 2009; Pool e Hourcade, 2011).

Gilliam, Meisels e Mayes (2005) referem que a realização de rastreios baseia-se em três princípios: (i) a existência de serviços de intervenção precoce com o objetivo de prevenir e atenuar atrasos ou desvios no desenvolvimento infantil, reduzindo os efeitos e consequências de fatores de risco biológicos e ambientais; (ii) a intervenção é mais eficaz quando iniciada na fase inicial de vida da criança; e (iii) os rastreios são eficazes e resultam numa intervenção mais precoce.

Os rastreios são um processo de avaliação breve e não resultam em diagnósticos, podendo ser identificadas dificuldades para intervir (Rydz, Shevell, Majnemer e Oskoui, 2005). Allen (2007) acrescenta que os rastreios podem ocorrer num só momento, com a aplicação de um só instrumento, ou de vários momentos, com vários instrumentos de avaliação. São simples e, geralmente, de rápida aplicação e podem ser repetidos ao longo do tempo. No entanto, também são complexos, porque implicam o planeamento do processo de avaliação que é composto pela escolha de instrumentos e depois tratamento dos resultados (Gilliam, Meisels e Mayes, 2005; Oliveira, 2009).

Os instrumentos utilizados nos rastreios não foram desenvolvidos com o objetivo de oferecer informações detalhadas sobre o desenvolvimento da criança, mas sim informações gerais e dado o elevado número de instrumentos e tendo em consideração os objetivos de avaliação, a escolha de instrumentos pode ser um processo complexo (Allen, 2007; Gonçalves, 2015). Todos os instrumentos têm pontos fortes e fracos, daí a importância de considerar bem quais escolher para cada caso e ter em conta vários fatores como as características da criança e dos contextos onde está inserida (Committee on Children with Disabilities, 2001). Oliveira (2009) e Gonçalves (2015) indicam como uma das principais razões para a complexidade na escolha de instrumentos, o risco de nos resultados se encontrar falsos positivos, i.e., situações em que se identificam riscos para uma determinada perturbação, mas não se concretizam, principalmente, em questionários a pais e prestadores de cuidados, sem aplicação e observação direta de tarefas com a criança.

Rydz, Shevell, Majnemer e Oskoui (2005) indicam que na escolha de instrumentos para o rastreio, deve-se ter em conta cinco pontos: (i) o objetivo, (ii) o método de resposta/preenchimento dos instrumentos (e.g.: checklist de competências motoras com respostas de sim e não), (iii) standardização, (iv) modo de cotação e/ou pontuação e o (v) tempo e modo de aplicação.

Alguns instrumentos avaliam só um domínio, outros vários domínios do desenvolvimento, como motricidade fina e global, capacidades de resolução de problemas, cognitivas, comunicação, linguagem, competências socio-emocionais (Allen, 2007). O autor explica que os instrumentos podem variar nas características psicométricas, podendo ser por referência à norma, ou por referência a critérios. Podem ser utilizadas checklists e instrumentos de observação. Na aplicação de alguns instrumentos, é realizada observação de comportamentos da criança, e noutros é pedido para a criança realizar determinadas tarefas nas quais se avalia a sua prestação. Pode ser através de uma avaliação direta com a criança, ou com a recolha de informação de diversas fontes, como pais e educadores (Allen, 2007; Gilliam, Meisels e Mayes, 2005).

Gonçalves (2015) explica que não existem instrumentos perfeitos, por isso, é importante que a avaliação inclua a informação de diversas fontes, sendo que os instrumentos podem ser de rastreio global do desenvolvimento ou específicos para uma determinada área do desenvolvimento infantil. A autora refere os seguintes instrumentos: Avaliação dos Movimentos da Criança - MAI (1980); *Bayley Infant Neurodevelopmental Screener III* - BINS-III (2005); *Brigance Screens* (2005); *Dubowitz Neurological Examination of the Full-*

Term Newborn (1981); Escala de Desenvolvimento do Comportamento - EDC (1997); Escala Motora Infantil de Alberta (1994); *Schedule Of Growing Skills II - SGS II* (1996) e Teste Infantil de Desempenho Motor (2001).

Além do conhecimento aprofundado e constantemente atualizado do desenvolvimento infantil, é importante o papel da família neste processo. A vigilância e avaliação do desenvolvimento das crianças permite, também, o acompanhamento e orientação antecipatória à família sobre como acompanhar e apoiar o desenvolvimento dos filhos (Committee on Children with Disabilities, 2001). Gonçalves (2015) também indica que a vigilância e rastreios do desenvolvimento são importantes não só na deteção de possíveis desvio no desenvolvimento da criança, mas também, para alterar padrões de comportamento da família, como, sugestões sobre a melhor forma de brincar com os filhos.

Deste modo, os programas de rastreio de desenvolvimento devem considerar a importância da relação da família com a criança e as características dos contextos onde as crianças se inserem. Os autores referem que é importante ouvir as preocupações dos pais para perceber a perspetiva dos mesmos e desenvolver uma relação positiva de profissional-pais, facilitando a transferência de conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e resultados das avaliações dos filhos (Glascoe, 2005; Glascoe, 2007). Gonçalves (2015) acrescenta que é no contexto familiar, que as crianças se expressam mais livremente, por isso, deve-se valorizar as preocupações referidas pela família.

O Committee on Children with Disabilities (2001) considera importante:

- Ouvir com cuidado as preocupações dos pais e ter, também, em conta a relação e interações entre pais e filhos;
- Apresentar os resultados com uma abordagem culturalmente sensível e centrada na família;
- Com o consentimento dos pais, referir as crianças para programas de intervenção precoce apropriados;
- Tentar perceber a causa dos atrasos identificados;
- Aumentar os conhecimentos dos pais sobre o desenvolvimento infantil e determinados sinais de alerta;
- Estar disponível para esclarecer quaisquer questões que os pais possam ter.

Em Portugal, os rastreios são maioritariamente realizados nos cuidados de saúde primários, através duma avaliação clínica informal, dado que pouco profissionais recorrem a testes standardizados, e este processo faz parte dos objetivos da consulta de Vigilância

de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013). A Direção Geral de Saúde definiu um plano que inclui avaliações periódicas da criança até aos 5 anos e a realização do Exame Global de Saúde aos 5-6 anos, antes da entrada para o ensino primário, com o objetivo de identificar possíveis condições do desenvolvimento psicomotor, aos 6-7 anos para avaliar a presença de dificuldades de aprendizagem e aos 10 anos, relacionado com a preparação para a puberdade (DGS, 2013; Gonçalves, 2015).

Em Portugal, não existem instrumentos aferidos para a população portuguesa e existem disponíveis poucos instrumentos de rastreio que envolvam a participação ativa da família (Gonçalves, 2015). A autora indica que na realidade portuguesa utilizam-se maioritariamente, as escalas tradicionais de Mary Sheridan e/ou a *Schedule of Growing Skills II*, nos quais os pais praticamente não têm um papel ativo.

1.4. Perturbação do Espectro do Autismo

1.4.1. Definição

A Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) é uma perturbação neurológica caracterizada por atrasos e/ou alterações neurodesenvolvimentais e comportamentais, sendo caracterizada por dificuldades cognitivas, comportamentais e linguísticas, em três principais áreas: (i) linguagem e comunicação, (ii) interação social, e (iii) comportamentos repetitivos e estereotipados (Oliveira et al, 2007; Oliveira 2009; Pasco, 2010). Os autores referem que é uma perturbação crónica e com implicações na integração social da criança quando adulto.

Foi pela primeira vez identificada por Leo Kanner em 1943 e um ano depois por Hans Asperger que descreveu o mesmo quadro sintomático, sem conhecimento prévio do trabalho de Kanner. Uma vez que é uma perturbação que surge precocemente e afeta o desenvolvimento, Kanner assumiu a sua origem como inata e biológica. Nos anos 50 e 60, psicanalistas associaram o autismo à carência de afeto dos pais para com a criança, principalmente, a mãe. Ainda que esta ideia tenha sido refutada, atualmente, esta crença ainda afeta o olhar social para com esta perturbação, levando famílias a esconder os filhos, o que dificulta a ação fundamental da intervenção precoce. Atualmente, as causas ainda não são completamente conhecidas, visto que tem sido difícil perceber a etiologia, dada a complexidade genética e variabilidade fenotípica (Johnson e Myers, 2007; Oliveira, 2009).

1.4.2. Diagnóstico, critérios e características

O atual diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, do DSM-V, engloba perturbações anteriormente divididas como o Autismo de Kanner, Autismo Atípico,

Perturbação Global de Desenvolvimento sem outra especificação e o Síndrome de Asperger (APA, 2013). A PEA é tipicamente diagnosticada a partir dos 3 anos, apesar de já serem realizados alguns diagnósticos aos 2 anos. Este diagnóstico deve ser realizado com base na recolha de informação de diferentes contextos, como observações feitas pelos médicos e pelos pais e educadores (APA, 2013; Pasco, 2010).

A APA (2013) indica no DSM-V, os seguintes critérios de diagnóstico:

- Dificuldades e/ou défices contínuos nas áreas da comunicação e interação social em vários contextos, que se manifestam na reciprocidade socio emocional, padrões de comunicação não verbal e no desenvolvimento e manutenção de relações pessoais;
- Padrões de comportamento e interesses restritivos e repetitivos, como estereotípias motoras e de linguagem, inflexibilidade nas transições e alterações de rotinas e hipo ou hipersensibilidade;
- Os sintomas devem estar presentes nas fases iniciais do desenvolvimento;
- Os sintomas devem ter impacto significativo nas áreas sociais e outras de funcionamento;
- Os sintomas apresentados não podem ser explicados por dificuldades intelectuais ou atraso global do desenvolvimento.

É referido no DSM- V, que estes critérios devem ser avaliados, nos vários contextos em que ocorrem, em severidade, do nível 1 ao 3, que identificam o nível de apoio necessário, sendo 3, o nível mais elevado. Devem ser tidas em conta, as dificuldades a nível da linguagem e nível de funcionamento verbal da criança (APA, 2013).

No diagnóstico da PEA devem ser especificadas outras condições médicas e/ou genéticas ou fator envolvental, ou perturbação neurodesenvolvimental, mental ou comportamental, que surgem associadas nas crianças. E ainda, se a criança tem o diagnóstico de PEA acompanhado por dificuldades intelectuais ou não (APA, 2013).

A idade em que as dificuldades, indicadas nos critérios, se tornam mais óbvias vão depender das características de cada criança, como a idade cronológica e o nível de desenvolvimento, dos contextos que a envolvem, tal como, a severidade dos sintomas da PEA manifestados, i.e., os variados fenótipos expressados, daí a designação de espectro (APA, 2013; Oliveira, 2009).

As preocupações dos pais surgem tipicamente por volta dos 18 meses de idade da criança quando esta começa a apresentar atrasos no desenvolvimento da linguagem sendo que

estas alterações são tipicamente detetadas precocemente, antes dos dois anos e, por vezes, associadas a um atraso global do desenvolvimento psicomotor. No entanto, esta perturbação manifesta sintomas específicos, como as dificuldades de interação social, que permitem diferenciar esta condição das perturbações do desenvolvimento (Johnson e Myers, 2007; Oliveira, 2009).

Johnson e Myers (2007) indicam que crianças com este diagnóstico apresentam dificuldades em interagir e relacionar-se com o outro e partilhar estados emocionais. Não procuram ligações emocionais, preferindo estar sozinhas e têm dificuldade em manter o contacto visual. Não apresentam vontade e intenção de comunicar e não recorrem à utilização de comunicação não verbal, como gestos. É uma perturbação de desenvolvimento que envolve desvios e, por vezes, atrasos no desenvolvimento da linguagem e comunicação, interação social, imaginação, jogo e interesses. As dificuldades na interação social e comunicação verbal e não verbal dependem de diversos fatores como a idade e estas podem variar desde incapacidade de comunicar verbalmente, como atrasos do desenvolvimento da linguagem, ou discurso demasiado literal. Crianças com o desenvolvimento da linguagem típico apresentam, na mesma, dificuldades evidentes na comunicação socio-emocional recíproca (APA, 2013; Chakrabarti e Fombonne, 2001).

Por outro lado, crianças com o diagnóstico de PEA, apresentam boas capacidades, por vezes, acima da média, de memória visual e auditiva. São capazes de identificar números, letras e cores mesmo não sendo capazes de apresentar um discurso de nível típico para a sua idade. Crianças com PEA ligeira apresentam, por vezes, boas capacidades de comunicação, ainda que com algumas alterações, e.g.: na fluência, podendo ser um discurso sem intenção de comunicação, estereotipado e repetitivo (Johnson e Myers, 2007; Oliveira, 2009).

A prevalência na Europa e Estados Unidos da América é de aproximadamente 6 em cada 1000 crianças e, em Portugal, tem uma prevalência de 1 criança de idade pré-escolar em cada 1000. Num estudo, com o fim de estimar a prevalência de PEA e a sua caracterização clínica na população portuguesa, foi concluído que por 10000 crianças, aproximadamente 10 crianças têm diagnóstico de PEA em Portugal Continental, e 15,6 nos Açores (Johnson e Myers, 2007, Oliveira et al, 2007; Oliveira, 2009).

Nos últimos anos, tem sido observado um aumento da prevalência de casos de PEA e ainda não se conhece a razão para este facto, se porque há mais casos não escondidos e diagnosticados, ou se existem mais crianças com esta perturbação (Chakrabarti e Fombonne, 2001).

Relativamente às comorbilidades nas PEA, quando estas surgem podem agravar os sintomas observados e os mais relevantes são: (i) défice cognitivo, (ii) síndrome do x-frágil, (iii) perturbação de hiperatividade com défice de atenção, (iv) perturbação do sono, e (v) perturbações alimentares (Lima, Garcia e Gouveia, 2012).

1.4.3. Teorias explicativas

Para perceber e explicar a PEA, são três as teorias cognitivas que têm dominado as pesquisas e estudos realizados para explicar a ligação entre o cérebro e o comportamento. Nenhuma das três explica completamente esta perturbação, mas em conjunto oferecem possíveis explicações para determinados sintomas e características da PEA (Hill, 2004; Rajendran e Mitchell, 2007).

Teoria da Mente

Esta teoria, desenvolvida por Baron-Cohen, nos anos 80, sugere que estas crianças têm dificuldades em compreender os estados mentais, i.e., as crenças, intenções e sentimentos dos outros. Têm dificuldades também em atribuir estes estados a eles próprios e perceber que os seus são diferentes dos dos outros (Delli, Varveris e Geronta, 2016; Rajendran e Mitchell, 2007). Esta dificuldade explicaria o défice na interação social, observada nas PEA. No entanto, esta teoria tem sido refutada várias vezes, com base em estudos, nos quais as crianças são submetidas a testes de crenças falsas e algumas são capazes de as resolver. Os defensores da teoria explicam que as crianças podem ser capazes de realizar os testes porque têm apenas dificuldades e não uma total ausência desta capacidade (Rajendran e Mitchell, 2007).

Teoria da Coerência Central

A coerência central é a capacidade de processar as informações recebidas no seu global para chegar um significado de nível superior. Normalmente, as pessoas processam a informação retirando o significado geral, nas PEA, as crianças processam a informação pelos detalhes e partes, em vez do todo e global, ou seja, realizam o processamento da informação focado no detalhe (Delli, Varveris e Geronta, 2016; Happé e Frith, 2006; Rajendran e Mitchell, 2007; Sabbagh, 2004).

Esta teoria explica as dificuldades de interação social e outras como a atenção ao detalhe e as obsessões. Esta teoria desenvolvida por Frith e Happé, em 1989, explica, também, o porquê das crianças com PEA terem boas capacidades de resolução de atividades como puzzles (Delli, Varveris e Geronta, 2016; Rajendran e Mitchell, 2007).

Teoria das Funções Executivas

Surgiu das observações realizadas por Damasio e Maurer, em 1978, que verificaram que alguns dos sintomas das PEA são semelhantes às de lesões cerebrais. Sintomas como: rigidez nas rotinas, dificuldades na atenção dividida; dificuldade no controlo de impulsos. Estas dificuldades levaram a que investigadores considerassem que estas crianças apresentam défices nas funções executivas (Hill, 2004; Rajendran e Mitchell, 2007).

As funções executivas são capacidades mentais superiores necessárias para processar informação e resolução de situações-problema para atingir um determinado objetivo e incluem funções como o planeamento, memória de trabalho, controlo de impulsos, inibição de estímulos irrelevantes, i.e., focalização da atenção, flexibilidade de pensamento e ação. Estas funções permitem autocontrolo físico, cognitivo e emocional (Delli, Varveris e Geronta, 2016; Rajendran e Mitchell, 2007).

Este défice explicaria características das PEA, tanto nos domínios sociais e não sociais, como estereótipas, comportamentos e interesses restritos e respostas inapropriadas a situações sociais (Delli, Varveris e Geronta, 2016; Hill, 2004). Hill (2004) explica que a teoria tenta explicar a rigidez e perseverança na dificuldade em iniciar novas rotinas e ficar “preso” nas mesmas tarefas e interesses.

1.4.4. Porquê a intervenção precoce?

Considerando os números e as dificuldades apresentadas, o diagnóstico precoce pelos cuidados primários de saúde é fundamental para o acompanhamento por equipas multidisciplinares, que se intensivo e apropriado, melhoram o prognóstico da criança (Oliveira, 2009).

Estudos indicam que a intervenção precoce em crianças com PEA é eficaz na redução dos sintomas a longo, uma vez que quanto mais cedo a intervenção começar a ser realizada, melhores os resultados, no desenvolvimento global da criança (Camarata, 2014; Chakrabarti e Fombonne, 2001; Zwaigenbaum et al, 2015).

A deteção e intervenção precoce tem muitas vantagens como a desmistificação e esclarecimento da PEA, e sendo esta intervenção intensiva e individualizada permite um prognóstico mais positivo a nível das aprendizagens cognitivas, sociais, adaptativas e linguísticas (Oliveira, 2009). Zwaigenbaum et al (2015) referem que a intervenção precoce pode ter um impacto positivo significativo no desenvolvimento da criança com PEA e também melhorar o contexto familiar, uma vez que reduz as preocupações e situações de stress experienciadas pelos pais.

No entanto, é, por vezes, difícil fazer compreender o sistema de saúde e educativo a necessidade desta intervenção e a sua consequente eficácia (Camarata, 2014; Zwaigenbaum et al, 2015).

A intervenção precoce nas PEA é maioritariamente realizada no âmbito educativo com estratégias comportamentais eficazes que utilizam meios de comunicação aumentativa como gestos e símbolos, em contextos naturais da criança (Oliveira, 2009).

A intervenção deve ser realizada, nos primeiros anos de vida, uma vez que neste período, a capacidade de neuroplasticidade cerebral é maior e desta forma a intervenção vai interferir na construção de novas ligações sinápticas permitindo o desenvolvimento de novas aprendizagens (Zwaigenbaum et al, 2015).

Dawson et al (2010) realizaram um estudo no qual crianças de idades entre os 18 e 30 meses diagnosticadas com PEA, foram sujeitas a um programa de intervenção precoce, juntamente com a sua família, e, dois anos após o início da intervenção, observaram uma evolução a nível cognitivo e no comportamento adaptativo das crianças e, também, redução da severidade do diagnóstico, verificando a importância da intervenção precoce em crianças com esta perturbação. Também Strain e Bovey (2011) obtiveram resultados semelhantes no seu estudo no qual crianças 28 salas inclusivas pré-escolares participaram num programa de intervenção precoce de dois anos e observaram-se melhorias nos domínios cognitivo, linguagem, social e comportamental.

Numa revisão de literatura sobre a eficácia de intervenção precoce em famílias de crianças com o diagnóstico de PEA, Oono, Honey e McConachie (2013) após análise de 17 estudos concluíram que esta intervenção tem impacto positivo na interação pais-filhos, principalmente, na compreensão da linguagem da criança. Foi observado, tal com no estudo de Dawson et al (2010), redução da severidade do diagnóstico das crianças. Nesta revisão verificou-se, também, a necessidade de serviços de intervenção precoce que permitam aos pais desenvolver capacidades para melhorar a relação com os filhos e participar mais adequadamente no processo de intervenção.

1.4.5. E a intervenção psicomotora?

A psicomotricidade, na sua conceção, explica como vimos em cima que o desenvolvimento da criança se faz a partir da sua relação com o envolvimento, na sua ação corporal, levando ao conhecimento de si e do mundo à sua volta. Logo que nasce, a criança é exposta a vários estímulos, pessoas e objetos e na perceção e compreensão dos mesmos,

desenvolve capacidades físicas, cognitivas e afetivas que conseqüentemente permitem a sua integração social (Kumamoto, 2012).

A criança autista apresenta dificuldades na construção duma imagem própria, uma vez que tem uma percepção de si fragmentada o que dificulta a interação com outros, pois se não tem consciência de si, terá mais dificuldades em perceber o outro. Estas crianças com dificuldades na noção e imagem corporal, não têm normalmente noção dos limites corporais. E assim, a intervenção psicomotora atua com o objetivo da criança desenvolver uma melhor consciência de si, do seu corpo, desenvolvendo o seu esquema corporal, que muitas vezes, vai recorrer ao diálogo tónico na rechamada à primeira fase afetiva do desenvolvimento, na relação mais dependente entre a mãe o filho (Kumamoto, 2012 e Llinares e Rodríguez, 2003)

Quando a criança reconhece a sua individualidade e o seu corpo como instrumento de ação no envolvimento, a criança torna-se mais capaz de realizar outras aprendizagens. Ou seja, diminuiu as dificuldades de interação e comunicação na organização do eu (Kumamoto, 2012).

Segundo Kumamoto (2012), numa fase inicial, o psicomotricista deve estabelecer uma relação de empatia com a criança, sem ultrapassar os seus limites, acrescentando Llinares e Rodríguez (2003) que esta relação empática com a criança, vai levá-la procurar o psicomotricista, em situações de jogo.

O processo de intervenção vai depender da criança e das características dos contextos onde se insere e a intervenção psicomotora vai de uma forma lúdica trabalhar as dificuldades da criança, facilitando este processo (Kumamoto, 2012). Através da escuta e disponibilidade corporal do psicomotricista, o diálogo tónico é estabelecido e a criança vai tomando consciência dos seus limites corporais. Quando a criança tiver esta consciência de si e do outro, numa fase seguinte de intervenção, introduz-se o jogo simbólico (Llinares e Rodríguez, 2003).

Durante o processo de intervenção, devem-se utilizar como estratégias: (i) jogos de estrutura básica que procurem a resposta da criança para a sua continuidade, de modo a criança desenvolver intencionalidade na sua ação, (ii) recorrer à imitação, (iii) jogos de vez ("agora eu", "agora tu"), (iv) jogos com canções que indiquem previamente as ações a realizar, (v) inicialmente realizar jogos com temáticas de interesse da criança, mas que impliquem a ajuda do psicomotricista, favorecendo assim interação e comunicação terapeuta-criança. No caso de dificuldades no contato físico, deve-se recorrer a

mediadores corporais, como, a voz e gestos, ou objetos, como bolas (Llinares e Rodríguez, 2003).

2. Enquadramento Institucional

2.1. Centro Social Paroquial de Santa Marta do Casal de Cambra (CSPSMCC)

O CSPSMCC foi fundado em 2005 e encontra-se vinculado à Paróquia de Casal de Cambra. Localiza-se e tem sede na Igreja Paroquial, Largo da Igreja, 9, 2605-786 Casal de Cambra, conselho de Sintra, distrito de Lisboa. Este Centro é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que atua no âmbito educacional e social.

O CSPSMCC tem como missão oferecer respostas sociais às populações: infantil, jovem e idosa, e ainda, potencializar a integração social e qualidade de vida de indivíduos mais carenciados (Centro Social Paroquial Santa Marta, 2014).

Deste modo, os principais objetivos do CSPSMCC são: (i) promover ações de apoio e o desenvolvimento social, tal como, o respeito pela pessoa humana e o desenvolvimento moral, espiritual e cultural da sociedade, (ii) desenvolver estruturas de comunicação cristã de bens e ajuda mútua e fortalecer o sentido comunitário, potencializando a autovalorização de cada indivíduo, famílias e grupos (Centro Social Paroquial Santa Marta, 2014).

O CSPSMCC tem ainda como valores: respeito pela dignidade humana, unidade, lealdade de boa fé, confidencialidade, profissionalismo, cooperação, qualidade, amor ao próximo, e solidariedade (Centro Social Paroquial Santa Marta, 2014).

Relativamente às respostas sociais, o CSPSMCC oferece: duas salas de jardim de infância para crianças dos 3 aos 6 anos; uma sala de babysitting para crianças de 2 anos, sala de estudo para crianças de 6 aos 12 anos que frequentam o 1º ciclo, e ainda um centro de convívio para a população idosa. O CSPSMCC dispõe, também, de variadas Atividades Desportivas e de Lazer como, dança e karaté, disponíveis à população residente de Casal de Cambra (Centro Social Paroquial Santa Marta, 2014b).

Relativamente aos espaços (fig.1) e recursos físicos, o CSPSMCC divide a sua ação em dois espaços. Um edifício, onde se localiza uma das salas de jardim de infância, a sala de babysitting, a cozinha e o refeitório. Em frente a este edifício, existe um pequeno parque infantil com escorrega e baloiços. O segundo espaço, localiza-se na paróquia, onde existe uma sala de jardim de infância, a sala de estudo, sala de convívio e um salão onde se realizam as Atividades Desportivas. As sessões individuais e as avaliações, decorreram na

sala 9, uma sala ampla, com mesas e cadeiras, onde as aulas de informática do CSPSMCC se realizam. Nesta sala, as sessões realizavam-se apenas quando as atividades eram atividades de mesa, como e.g.: a realização da figura humana em desenho e com plasticina.



Figura 1 - (a) Salão (sala onde se realizam as sessões), (d) sala de 2 anos, (b) e (c) sala 9 (onde se realizaram as avaliações e as sessões individuais).

A equipa compreende a diretora técnica, que também é a assistente social, três educadoras de infância, sendo que uma das educadoras é, também, a diretora pedagógica e foi nomeada a orientadora local da estagiária, duas auxiliares, uma professora e duas monitoras de sala de estudo, uma cozinheira e uma ajudante de cozinha. A organização do funcionamento do CSPSMCC, encontra-se esquematizado no seguinte organigrama (fig.2).

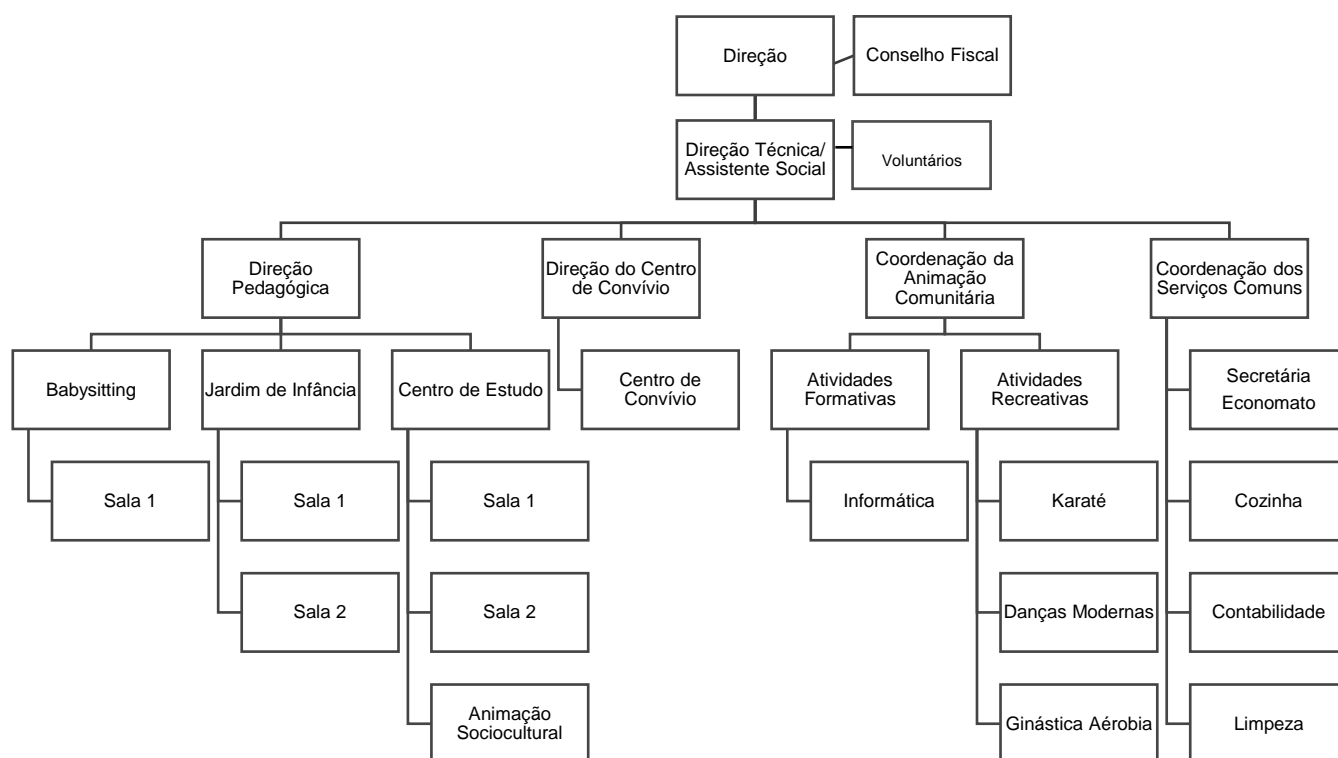


Figura 2 - Organigrama do Centro Social e Paroquial de Santa Marta do Casal de Cambra.

III. Realização da Prática Profissional

Após a exposição do enquadramento teórico e institucional da prática profissional, neste capítulo serão apresentadas, caracterizadas e aprofundadas as atividades realizadas ao longo do estágio, inerentes ao planeamento anual de intervenção fundamentais para a intervenção psicomotora. Deste modo, serão descritos: a calendarização, os contextos e processos de avaliação e intervenção, a população e estudos de caso e as atividades complementares realizadas. O processo de intervenção estará dividido em dois: o processo de intervenção realizado com os grupos e o processo de intervenção realizado com o estudo de caso.

1. Calendarização

No dia 21 de outubro, a estagiária esteve presente numa reunião inicial, no CSPSMCC, com a diretora pedagógica e a diretora técnica na qual lhe foi explicado o funcionamento da instituição. Foi realizada uma apresentação breve do espaço e das crianças e decidido o seu horário e quem seria a sua orientadora local. Foi também determinado quando iniciaria o estágio. Desta forma, o estágio curricular no CSPSMCC, decorreu entre 24 de outubro de 2016 e 23 de junho de 2017, i.e., durante oito meses.

Tabela 1 - Calendarização das atividades de estágio.

	Outubro	novembro	dezembro	Janeiro	fevereiro	Março	abril	maio	junho
Integração na equipa e observação informal									
Avaliação Inicial									
Intervenção Grupo									
Intervenção Individual									
Avaliação Final									
Reuniões Finais									

Tal como se pode verificar na tabela 1, as atividades de estágio dividiram-se em cinco principais fases. Teve início numa fase de integração na equipa e instituição, com o objetivo de criação de relações empáticas com a equipa e as crianças. Seguiu-se uma fase de observação e avaliação, na realização de rastreios de desenvolvimento em todas as crianças, na qual foram aplicados os instrumentos indicados no ponto 3.1., tal como, o início das sessões de grupo com as crianças.

Durante os seis meses seguintes, decorreu a intervenção psicomotora, propriamente dita, com as crianças, em regime grupal e individual. Sendo construídos planos de intervenção individuais e de grupo, com objetivos individualizados, para consequente preparação e dinamização de sessões de intervenção psicomotora. Durante esta fase, desenvolveram-se ainda visitas domiciliárias com o estudo de caso individual e reuniões com a educadora da ELI.

Numa última fase, nos meses de maio e junho, foram realizadas as avaliações finais para estudar o impacto da intervenção realizada. Esta fase foi concluída com a realização de reuniões finais com a equipa do CSPSMCC e com a família do estudo de caso individual. Nestas reuniões foram apresentados e discutidos os resultados das avaliações finais. Foi recolhido, também, feedback, por parte da família, sobre a participação neste processo de intervenção.

Após o final das atividades de estágio, a dia 23 de junho, a estagiária permaneceu na instituição em regime de voluntariado, por mais duas semanas, a acompanhar as crianças nas atividades balneares.

Tabela 2 - Horário das atividades de estágio.

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
9:30-10:30	Obs. Sonhadores	Preparação das atividades semanais	Obs. Sonecas	Preparação das atividades semanais	Obs. Saltitões
10:30-11:30	SG PM		SG PM		SG PM Saltitões
11:00-11:30	Sonhadores		Sonecas		
11:30-12:00	Obs. Sonhadores		SI PM JL	Relatório de mestrado	Obs. Saltitões
12:30-13:30	Relatório de sessão	Almoço	Relatórios de sessão		Relatório de sessão
	Apoio no recreio				
13:30-15:00		Reunião de equipa			
Legenda: Obs. – observação; SG PM- sessão grupo psicomotricidade; SI PM – sessão individual psicomotricidade					

Relativamente ao horário, este foi consistente ao longo dos oito meses sendo que, tal como se pode observar na tabela 2, a estagiária realizava sessões de psicomotricidade de grupo às segundas, quartas e sextas-feiras, e a sessão de psicomotricidade individual às quartas. Estes dias eram também dedicados, antes das sessões, à observação das crianças nas atividades e rotinas de sala e em brincadeira livre, com objetivo de além da observação do comportamento das crianças, identificar a existência ou não do *transfer* das aprendizagens

realizadas em sessões. Também eram redigidos os relatórios das sessões. Às terças e quintas-feiras, a estagiária realizava o planeamento das sessões semanais, i.e., a pesquisa e desenvolvimento de atividades e construção de materiais.

Às terças, depois do almoço sucedia a reunião de equipa semanal, em que eram discutidas as atividades a realizar durante a semana e eram expostos, por cada elemento da equipa, as vivências semanais, i.e., cada elemento relatava as atividades realizadas e as que ficaram por concretizar, tal como, acontecimentos pontuais que tivessem decorrido durante a semana anterior. Por fim, exponham as dificuldades sentidas, tentando em equipa chegar a soluções para as ultrapassar. Às quintas-feiras, além da preparação das atividades semanais e redação do relatório de estágio, por vezes, realizavam-se breves reuniões informais com a educadora da ELI do estudo de caso, nas quais era discutido o seu progresso. Relativamente, ao apoio no recreio, indicado na tabela 2, este realizava-se quase todos os dias, no qual, a estagiária, juntamente com uma educadora ou auxiliar, permanecia com as crianças em brincadeira livre no parque infantil ou no salão, após o almoço. Por vezes, a estagiária acompanhava as crianças da sala de 2 anos, na hora do almoço, dando apoio na realização das tarefas de refeição e de higiene após almoço e pré-sesta.

2. Caracterização da população e estudos de caso

Ao longo do estágio, a estagiária observou 47 crianças, as quais foram sujeitas a um processo de rastreio de desenvolvimento psicomotor. Dessas 47 crianças, um menino com Perturbação do Espectro do Autismo foi acompanhado pela estagiária em sessões individuais e as restantes 46 crianças receberam apoio em contexto de grupo. Dado o elevado número de crianças acompanhadas, será realizada uma apresentação mais breve dos grupos, e uma mais aprofundada do estudo de caso, o menino com PEA.

2.2. Caracterização dos grupos de intervenção

Como já foi referido, foram apoiados três grupos organizados segundo a constituição das três salas, uma vez que, antes da chegada da estagiária ao CSPSMCC, as crianças realizavam, semanalmente, atividades de psicomotricidade dinamizadas pelas educadoras, que eram parte integrante do planeamento semanal de cada sala. Sendo assim, ainda que o número de crianças pudesse ser considerado elevado para uma sessão típica de intervenção psicomotora, a estagiária realizava apenas três sessões de grupo semanais, uma para cada sala, dado a hora atribuída semanalmente ser a única disponível nos horários das crianças para estas atividades.

Na tabela seguinte (tabela 3), encontra-se a caracterização dos grupos, segundo número, género e idade das crianças de cada sala.

Tabela 3 - Caracterização dos grupos de intervenção.

Sala	nº de crianças	Género	Idades	Observações
Sonecas	8	3F 5M	2 anos	Duas das crianças só integraram a sala em janeiro e abril
Sonhadores	18	7F 11M	3 e 4 anos	Uma das crianças só integrou a sala em abril, com diagnóstico de atraso global do desenvolvimento
Saltitões	21	11F 10M	4 e 5 anos	Uma criança com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo (estudo de caso)

Tal como é indicado na tabela, o grupo da Sala dos Sonecas era constituído por 8 crianças, 3 meninas e 5 meninos. No entanto, no início do estágio, o número de crianças na sala era menor, de 6 crianças, ou seja, menos dois rapazes. As crianças apresentaram-se disponíveis para interagir com a estagiária, desde o primeiro momento de contacto, em que a estagiária esteve presente na sala apenas em observação. Relativamente à Sala dos Sonhadores, desta faziam parte 18 crianças, 7 meninas e 11 meninos, sendo que dois dos rapazes integraram a sala 1 mês depois do início do estágio e uma menina, a com o diagnóstico de atraso global do desenvolvimento, integrou o grupo, apenas em abril. Tal como o grupo dos Sonecas, também os Sonhadores apresentaram disponibilidade para interagir com a estagiária desde o início. Procuravam-na para brincar, pedir colo e carinho e conversar. Durante a semana, constantemente questionavam a estagiária sobre quantos dias faltavam para a próxima sessão de intervenção psicomotora. As crianças da Sala dos Saltitões, constituída por 21 crianças, 11 meninas e 10 meninos, também apresentaram a mesma disponibilidade descrita nas outras duas salas, e o mesmo entusiasmo pela participação nas sessões.

De uma forma geral, estas crianças pareciam apresentar um desenvolvimento típico, com exceção de duas, as com diagnóstico referidas na tabela 3, no entanto, após a realização do rastreio individual de cada criança com base na *Schedule of Growing Skills II* (SGS II), foram observadas algumas dificuldades em diversas áreas por parte de algumas crianças. Estas dificuldades foram trabalhadas ao longo das sessões de grupo e serão melhor explicadas no ponto 3.3.

2.3. Caracterização do estudo de caso

Para a caracterização do estudo de caso foram recolhidas informações a partir das reuniões realizadas com a família e visitas ao domicílio, das reuniões informais com a educadora de sala do menino e duas reuniões de equipa multidisciplinar que acompanhava o estudo de caso. Foram, ainda, retiradas informações disponíveis do Plano Individual de Intervenção Precoce (PIIP). Desta forma, não foi pedido o preenchimento de uma ficha de anamnese, pela família, pois a estagiária considerou ter disponíveis as informações necessárias, com base nas fontes referidas.

O JL é um menino de 4 anos com o diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo. Após a realização da avaliação inicial em conjunto com a educadora da ELI de Sintra Oriental, responsável do caso, foi em reunião de equipa decidido que o JL iria ter sessões semanais de psicomotricidade com a estagiária.

O JL vive com a mãe, o pai e a irmã de 9 anos. No entanto, o pai está ausente a maior parte do ano, uma vez, que trabalha fora do país. Quanto aos apoios informais, o JL e a família têm uma fraca rede de apoio, contando apenas com a ajuda e o acompanhamento dos padrinhos, pois a família materna vive longe e a paterna não os apoia. Relativamente aos apoios formais, o JL tem sessões semanais de Terapia da Fala e de Psicologia de estimulação cognitiva. O JL é ainda acompanhado pelos serviços de Pneumologia, Psicologia Pediátrica e Psicologia Familiar no Hospital Fernando da Fonseca, de Otorrino no Hospital Egas Moniz e Consulta de Desenvolvimento no Hospital São Francisco de Xavier.

O JL tem asma, vê bem, mas tem algumas dificuldades de audição, sendo que atualmente já recuperou 80% de audição num ouvido e 100% no outro. O JL não fala, mas verbaliza algumas palavras, utilizando maioritariamente a comunicação não verbal para interagir com adultos e pares.

O JL entrou para o CSPSMCC em março de 2016. Anteriormente, encontrava-se num colégio, que frequentou durante dois anos e onde, segundo os pais e a educadora da ELI, não era estimulado e passava a maioria do tempo sozinho, num canto da sala. Nos poucos meses em que esteve no CSPSMCC até à reunião em dezembro do mesmo ano, tanto os pais como a equipa do CSPSMCC observaram uma evolução positiva no desenvolvimento do JL.

O diagnóstico do JL traduz-se em angústia para os pais pela incerteza do futuro do filho. O pai apresentou maior dificuldade em aceitar este diagnóstico. Uma das principais

preocupações dos pais é o JL não falar, uma vez, que consideram esta capacidade fundamental para a autonomia do JL agora e enquanto futuro adulto. Os pais têm ainda como preocupação o não cumprimento de regras pelo JL.

A mãe está a considerar colocar o menino em aulas de natação, dado que ele tem asma e porque se preocupa que na praia tenha dificuldade a brincar na água e mesmo que se possa afogar. Em casa, as brincadeiras favoritas dos JL são saltar no sofá e ver televisão, principalmente, a Patrulha Pata, o Mickey, o Pocoyo, o Noddy e a ovelha Choné.

Em dezembro, foi elaborado pela equipa o PIIP e em junho o PEI, sendo decido em equipa juntamente com a família que o JL iria integrar o Decreto-lei 3/2008.

3. Processo de Intervenção nos Grupos

De seguida, será explanado o processo de intervenção realizado com os três grupos, começando pela avaliação e consequente desenvolvimento de objetivos e estratégias que incluem os planos de intervenção e das sessões de intervenção psicomotora. Por fim, são apresentados os resultados e comparações entre as avaliações iniciais e finais.

3.1. Observação e Avaliação

Durantes as primeiras semanas de estágio, a estagiária observou todas as crianças em brincadeira livre e nas rotinas de sala de aula, para recolher as primeiras informações de em contexto natural.

Informalmente, a estagiária, também, foi realizando questões às educadoras que lhe foram transmitindo os pontos fortes e menos fortes de cada criança e a existência ou não de alguma dificuldade mais relevante e que pudesse ser trabalhada em sessões de psicomotricidade. Ao longo do estágio, a estagiária continuou o seu processo de observação para garantir uma avaliação continua do progresso e desenvolvimento de cada criança.

3.1.1. Rastreios de Desenvolvimento

Após a entrada da estagiária para o CSPSMCC foi-lhe pedido para assumir e dinamizar as sessões de psicomotricidade semanais de cada grupo de crianças. Por esta razão, e após a realização de observação informal, foi decidido realizar rastreios de desenvolvimento a todas as crianças, com base na aplicação do instrumento *Schedule of Growing Skills II*, com o objetivo de conhecer melhor cada criança, i.e., as suas dificuldades e capacidades e, assim, poder definir objetivos de intervenção o mais individualizados possível. Além

disso, as educadoras referiram algumas dificuldades, por parte de algumas crianças, e esta avaliação permitiria identificar a necessidade de apoios ou estratégias mais específicas.

3.1.2. Schedule of Growing Skills II

A nível formal, todas as crianças foram avaliadas individualmente com o instrumento *Schedule of Growing Skills II*.

A *Schedule of Growing Skills II* é um teste de avaliação do desenvolvimento que permite avaliar o nível de desenvolvimento da criança através de pontuações em dez áreas do desenvolvimento que são posteriormente comparadas com os resultados estandardizados. Trata-se, portanto de um teste de referência à norma que permite identificar as áreas fortes, menos fortes e intermédias da criança (Williams, Hutchings, Bywater, Daley e Whitaker, 2013).

O instrumento de avaliação, a partir de diversas tarefas, avalia capacidades motoras e manipulativas, de audição e visão, linguagem e interação social, e ainda, a cognição e a autonomia. A domínio da cognição não é avaliado através da realização de tarefas específicas deste domínio, mas sim com base na soma de determinados itens identificados, incluídos noutros domínios como, e.g.: a compreensão visual. Estes itens encontram-se sinalizados com o símbolo © (Bellman, Lingam e Aukett, 1996; Williams, Hutchings, Bywater, Daley e Whitaker, 2013).

A administração do instrumento é fácil e breve, realizando-se em aproximadamente 20 minutos, no caso de um examinador experiente. Não é necessário aplicar todos os itens, de cada subescala, realizando apenas as tarefas de dois ou três itens antes do esperado para a idade cronológica da criança (Bellman, Lingam e Aukett, 1996; Williams, Hutchings, Bywater, Daley e Whitaker, 2013).

Segundo Williams, Hutchings, Bywater, Daley e Whitaker (2013), o sistema de cotação da SGS II, tem um carácter dicotómico, i.e., realiza/não realiza, e consiste em somar o item mais alto conseguido pela criança de cada subescala, obtendo o valor total de cada domínio de desenvolvimento. Quando a criança é capaz de realizar uma tarefa, mas apresenta dificuldades é possível cotar positivamente um item com a letra Q. No caso de itens não terem sido cotados, mas de seguida existirem itens consecutivos cotados positivamente, os itens não cotados são incluídos no somatório (Bellman, Lingam e Aukett, 1996; Williams, Hutchings, Bywater, Daley e Whitaker, 2013).

No fim, transfere-se o total obtido em cada domínio para o perfil individual de desenvolvimento da SGS II, no qual os resultados poderão ser comparados aos valores

padronizados. A idade cronológica da criança é adicionada marcando um traço horizontal no perfil e depois é analisado se a criança obtém resultados abaixo ou acima deste traço, para concluir se a criança apresentou um desempenho abaixo, adequado ou acima da sua faixa etária (Bellman, Lingam e Aukett, 1996; Williams, Hutchings, Bywater, Daley e Whitaker, 2013). É importante realizar uma avaliação mais aprofundada quando o perfil de desenvolvimento é traçado dois ou mais intervalos de idade abaixo da idade cronológica (Williams, Hutchings, Bywater, Daley e Whitaker, 2013).

3.1.3. Condições de avaliação

Após autorização da instituição para realizar as avaliações individuais, foi entregue aos encarregados de educação um termo de consentimento informado (ANEXO B). Neste documento, foi explicado o contexto em que se insere a aplicação do instrumento, incluindo, também, uma pequena introdução sobre o objetivo e constituição da SGS II.

As crianças foram avaliadas de forma individual, apenas com a presença da estagiária. Os momentos de avaliação ocorreram, normalmente, pré e após o almoço de forma a não interferir e perturbar as atividades de sala. A avaliação da maior parte dos itens realizou-se na sala a que cada criança pertence, ou na sala 9. Com exceção dos itens das escadas que foram avaliados durante a brincadeira livre no parque do CSPSMCC, que tem disponível umas escadas à saída do edifício.

Antes de se aplicar a SGS II a cada criança, dado as suas idades, foi-lhes explicada a aplicação de forma mais lúdica, perguntando-lhes se queriam brincar e fazer uns jogos com a estagiária. Apenas quando o consentiam é que se realizava a avaliação.

3.2. Apresentação e Análise de Resultado das Avaliações Iniciais

Neste subcapítulo são apresentados os resultados das avaliações iniciais e a sua análise. Os resultados dos grupos são apresentados de uma forma mais geral, uma vez que foram avaliadas 47 crianças e seria muito extenso apresentar criança a criança, em detalhe.

Na tabela 4, apresenta-se de forma resumida os resultados obtidos por cada criança, após a primeira avaliação, indicando as áreas fortes (+), intermédias (o) e fracas (-). A tabela foi elaborada de acordo com os perfis de desenvolvimento de cada criança, resultantes das avaliações formais, na aplicação da escala SGS II.

As áreas fortes correspondem aos domínios em que as crianças obtiveram as pontuações mais altas, tendo em conta a sua idade, e as áreas intermédias aos domínios nos quais se

verificou uma prestação satisfatória, mas em que se observaram dificuldades em alguns itens. As áreas fracas correspondem aos domínios (subescalas definidas pela SGS II) nos quais as pontuações se situaram mais de dois intervalos de idade abaixo do espectável para a idade cronológica, o que segundo os autores do referido instrumento correspondem a atrasos de desenvolvimento.

Tabela 4 - Tabela resumo das áreas fortes, intermédias e fracas de cada criança dos grupos, na avaliação inicial.

Sala	Nome	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição e Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognição
Sonecas	Ma	o	+	+	+	+	+	+	+
	MI	o	+	+	+	o	+	+	+
	C	+	o	+	+	+	+	+	+
	R	o	+	+	+	o	+	+	+
	M	+	o	+	-	+	+	+	+
	F	+	+	+	+	+	+	+	+
	P	+	+	+	+	-	o	-	+
	A	Não foi avaliado – integrou a sala no final do ano letivo							
Sonhadores	Di	o	o	+	+	-	+	+	+
	E	+	-	+	-	+	+	+	o
	F	+	+	+	+	+	+	+	+
	G	o	+	+	+	+	+	+	+
	Gu	+	-	+	+	+	+	+	+
	IA	-	+	+	o	+	+	+	+
	IS	+	o	+	+	+	+	o	+
	JG	o	+	+	+	-	-	+	+
	JM	+	+	+	+	+	+	+	+
	ML	+	o	+	+	+	+	+	+
	M	o	+	+	+	+	+	+	+
	Mg	o	-	+	+	+	+	+	+
	R	+	+	+	+	-	+	+	+
	SF	o	o	+	+	+	+	+	+
	ST	o	o	+	+	-	+	+	+
	S	o	+	+	+	+	+	+	+
	Da	Não foi avaliado – Sem autorização							
	Lu	Não foi avaliada – integrou a sala no final do ano letivo							

Saltões	A	o	+	+	+	+	+	o	+
	B	o	+	+	+	+	+	o	+
	CC	o	o	+	+	+	+	o	+
	CP	+	o	+	o	+	+	o	o
	D	o	+	+	+	+	+	o	+
	Du	+	+	+	+	+	+	o	+
	JL	o	-	+	-	-	-	o	-
	L	o	o	o	-	+	+	o	+
	Lu	o	+	+	+	+	+	o	+
	M ^a B	+	+	+	+	+	+	o	+
	MB	o	o	+	-	+	+	o	+
	MC	o	+	+	+	+	+	o	+
	MM	+	+	+	+	+	+	o	+
	P	+	o	+	+	+	+	o	+
	R	+	+	+	-	+	+	o	+
	S	+	+	+	+	+	+	o	+
	So	+	-	+	+	+	+	o	+
	TF	o	+	+	-	+	+	+	+
	TM	o	-	+	+	+	+	o	+
	Va	+	+	+	+	+	+	o	+
	Ve	+	+	+	+	+	+	o	+
Legenda: + áreas fortes o área intermédia - área fraca									

Como se pode observar na tabela 4, relativamente às áreas fracas, apenas uma criança apresenta as “Capacidades Locomotoras” como área fraca, seis apresentaram as “Capacidades Manipulativas” como área fraca, sete crianças a “Audição e fala”, seis crianças a “Fala e Linguagem”, duas crianças a “Interação Social”, uma criança a “Autonomia” e uma criança a “Cognição”.

De todos os domínios avaliados pela escala, apenas as “Capacidades Visuais” não foram apresentadas como área fraca de nenhuma das crianças avaliadas. A área que manifestou ser a mais fraca em maior número de crianças foi o domínio das “Audição e Fala”, sendo que as dificuldades observadas foram relativas aos itens da compreensão auditiva.

Na tabela seguinte (tabela 5), são definidas as áreas fortes, intermédias e fracas para cada grupo, com base nos resultados de cada criança.

Tabela 5 - Tabela resumo das áreas fortes, intermédias e menos fortes de cada grupo, na primeira avaliação.

Grupos	Áreas Fortes	Áreas Intermédias	Áreas menos fortes
Sonecas	Capacidades Ativas e Passivas; Interação Social; Compreensão Visual e Auditiva; Autonomia; Cognição	Capacidades locomotoras e manipulativas; Fala e Linguagem	-
Sonhadores	Capacidades Ativas e Passivas; Interação Social; Compreensão Visual e Auditiva; Fala e Linguagem; Cognição; Autonomia	Capacidades Locomotoras; Capacidades Manipulativas	
Saltitões	Capacidades Ativas e Passivas, Manipulativas; Interação Social; Compreensão Visual e Auditiva; Fala e Linguagem; Cognição	-	Autonomia; Capacidades Locomotoras

Sonecas (2 anos)

Tendo em conta os resultados obtidos na primeira avaliação foi concluído que, de uma forma geral, as crianças não apresentavam grandes dificuldades, tendo-se verificado apenas pequenas dificuldades nos domínios de desenvolvimento: “Fala e a Linguagem”, “Capacidades Manipulativas” e as “Locomotoras”. Ainda assim, eram um grupo que apresentava facilidades a nível da “Interação Social”, da “Compreensão Visual”, da “Autonomia” e “Cognição” tendo todos obtido cotação acima da sua idade.

Sonhadores (3-4 anos)

Analisando os resultados obtidos foi concluído que, de uma forma geral, as crianças não apresentavam grandes dificuldades, sendo os domínios de desenvolvimento em que a maioria obteve uma cotação inferior à sua idade: a “Locomoção” e a “Manipulação”. Relativamente às “Capacidades Manipulativas”, as dificuldades relacionavam-se com a maioria ainda não imitar a cruz e o quadrado e não construir as escadas e ponte de cubos. No domínio das “Capacidades Locomotoras”, verificou-se que a maioria ainda não saltava ao pé coxinho e não andava sobre uma linha, isto é, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé; e nas escadas, não conseguiam subir e descer as mesmas de modo independente, isto é, com alternância de pés. Ainda assim, o grupo apresentava facilidades a nível da “Interação Social”, “Cognição” e “Capacidades Visuais” tendo todos obtido cotação máxima nestes domínios. Ao nível das “Capacidades de Audição e Fala” e da “Autonomia”, foram, também, observadas pontuações altas em quase todas as crianças. Tanto as “Capacidades de Postura Ativa” como “Passiva” estavam desenvolvidas na sua totalidade por todo o grupo.

Saltitões (4-5 anos)

Tendo em conta os resultados obtidos foi concluído que, de uma forma geral, as crianças não apresentavam grandes dificuldades, sendo os domínios de desenvolvimento em que a maioria obteve uma cotação inferior à sua idade, a “Autonomia” e as “Capacidades Locomotoras”. Relativamente à “Autonomia”, as dificuldades relacionavam-se com a maioria ainda não utilizar a faca, com ou sem ajuda, e não realizarem as refeições completamente sozinhos, isto é, usar faca, garfo, colher, copo e prato em plena autonomia. Tal como, alguns ainda precisarem de apoio para apertar botões e fechar fechos, quando se vestiam. No domínio das “Capacidades Locomotoras”, verificou-se que a maioria ainda não era capaz de se manter em equilíbrio unipedal durante pelo menos 8 segundos, em cada pé. Ainda assim, era um grupo que apresentava facilidades a nível da “Interação Social” e da “Fala e Linguagem” tendo todos, com exceção do JL, obtido cotação máxima, nestes domínios. Tanto as “Capacidades de Postura Ativa” como “Passiva” estavam desenvolvidas na sua totalidade por todo o grupo.

3.3. Objetivos e planeamento da Intervenção

De seguida, são apresentados de uma forma mais pormenorizada os objetivos e as estratégias de intervenção, tal como, a estrutura e planeamento das sessões realizadas com base nos objetivos.

3.3.1. Objetivos e estratégias de intervenção

Tendo em conta os resultados obtidos e as conclusões retiradas dos mesmos foram desenvolvidos objetivos gerais e específicos para cada grupo para a intervenção a realizar (tabela 6). Além dos resultados da avaliação, foram consideradas as observações de cada criança em diversos momentos, tal como, as aquisições e capacidades esperadas para as suas idades, típicas do desenvolvimento infantil.

Estratégias adotadas:

- Utilização de ajudas físicas total e parcial, demonstração e ajudas e pistas verbais;
- Utilização de *feedback* verbal, para que as crianças saibam o que estão a fazer bem e mal, podendo corrigir-se;
- Manter a estrutura de sessão constante para que as sessões transmitam organização e segurança;
- No final de cada sessão, fazer a rechamada das atividades realizadas, tal como, pedir que as crianças reflitam e indiquem quais as tarefas preferidas;

- Recorrer às áreas mais fortes para promover as menos fortes e intermédias;
- Realizar atividades com pares e em equipas, para promover a interação social e o respeito por regras;
- Recorrer a atividades que prevejam um compasso de espera, para que as crianças aprendam a esperar pela sua vez;
- Utilizar uma linguagem simples e clara facilitando o desenvolvimento da linguagem recetiva das crianças e a compreensão das atividades;
- Reavaliar sempre que necessário os objetivos de intervenção;
- Envolver as educadoras no acompanhamento do progresso e no conhecimento das dificuldades e capacidades das crianças.

Dado o elevado número de crianças, nas salas do Sonhadores (18) e dos Saltitões (21), para que fosse possível observar a prestação de todas as crianças, a estagiária definiu, ainda, as seguintes estratégias: (i) realizar atividades em que a crianças tivessem que desenvolver, a atividade um a um, enquanto os restantes colegas ficavam em compasso de espera, ou (ii) com diferentes cargos/funções, e.g.: uma criança ser a chefe, outras o apoio, e ir rodando as posições, (iii) recorrer a estações com diferentes jogos, por onde as crianças alternavam, e (iv) recorrer às educadoras e/ou auxiliares como apoio na observação.

Na tabela 4, são apresentados alguns dos objetivos gerais, específicos e comportamentais, para cada grupo.

Tabela 6 - Objetivos de intervenção dos três grupos.

Grupo	Domínios de Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos/Comportamentais	
Sonecas	Motricidade Global	Melhorar as capacidades locomotoras e manipulativas	- Melhorar o salto a pés juntos e o andar em “bicos de pé” - Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-pedal	- Melhorar a transferência de objetos e o lançamento
	Motricidade Fina	Desenvolver competências cognitivas e de interação social	- Melhorar a imitação do círculo e linha vertical e horizontal - Melhorar a pega em pinça nítida de pinos e encaixe nas tábuas	- Melhorar a construção de pontes e escadas com cubos
	Cognição		- Melhorar os períodos de atenção sustentada - Desenvolver compreensão de preposições e negativos em frases	- Melhorar capacidade de nomeação de objetos e figuras - Melhorar capacidade de construção de frases simples
	Socio-emocional		- Melhorar a aceitação regras estipuladas em diferentes momentos	- Melhorar capacidade de aguardar pela sua vez no jogo
Sonhadores	Motricidade Global	Melhorar as capacidades locomotoras e manipulativas	- Desenvolver o equilíbrio estático e dinâmico - Desenvolver o padrão independente na subida e descida de escadas	- Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-pedal - Melhorar o salto a pés juntos
	Motricidade Fina	Desenvolver competências cognitivas, de interação social e de autonomia	- Melhorar a transferência de objetos e o lançamento - Melhorar a imitação do desenho de formas geométricas	- Ser capaz de realizar enfiamentos simples - Melhorar a pega em pinça nítida de pinos e encaixe nas tábuas
	Cognição		- Melhorar os períodos de atenção sustentada - Melhorar a compreensão de perguntas mais complexas	- Melhorar capacidade de nomeação de objetos e figuras - Melhorar a construção de frase e relato de acontecimentos
	Socio-emocional		- Melhorar a cooperação em jogos de equipa	- Melhorar capacidade de seguir direções
	Autonomia		- Desenvolver autonomia no vestir e despir	- Melhorar a capacidade de abotoar e desbotar e fechar fechos de peças roupa
Saltitões	Motricidade Global	Melhorar as capacidades	- Desenvolver o equilíbrio unipedal, em ambos os pés - Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-pedal	- Melhorar o salto ao pé-coxinho, em ambos os pés - Melhorar a transferência de objetos e o lançamento
	Motricidade Fina		- Melhorar a imitação do desenho de formas geométricas	- Ser capaz de realizar enfiamentos simples

		locomotoras e manipulativas	- Melhorar a pega em pinça nítida de pinos e encaixe nas tábuas	
	Cognição	Desenvolver competências cognitivas, de interação social e de autonomia	- Melhorar os períodos de atenção sustentada - Melhorar a reprodução de modelos e sequências iguais	- Desenvolver noção de número e quantidade
	Socio-emocional		- Melhorar a aceitação regras estipuladas em diferentes momentos - Melhorar a capacidade de aguardar pela sua vez no jogo - Desenvolver uma maior resistência à frustração	- Melhorar a cooperação em jogos de equipa - Desenvolver a identificação de emoções e sentimentos no outro
	Autonomia		- Desenvolver a utilização da faca na refeição	- Melhorar a capacidade de abotoar e fechar de fechos de peças de roupa

A estagiária realizou relatórios de avaliação inicial (ANEXO H) e depois final (ANEXO I) que foram entregues a cada uma das educadoras. Os relatórios eram compostos por uma breve introdução na qual era explicado o objetivo da avaliação e caracterizado o instrumento. De seguida, eram apresentados os resultados de cada criança em tabela e em forma descritiva, e, por fim, os objetivos de intervenção.

3.3.2. Planeamento da intervenção

Durante a semana, eram realizadas três sessões de intervenção psicomotora de grupo, uma com cada sala. As sessões eram realizadas com todas as crianças, em simultâneo, com apoio da educadora ou de uma auxiliar. Estas sessões tinham a duração de 40 a 60 minutos, dependendo das faixas etárias das crianças.

As sessões tinham como principal objetivo: estimular e desenvolver o potencial motor, cognitivo e afetivo-relacional de cada criança, de acordo com o esperado para a sua faixa etária, sendo que, em cada sessão eram trabalhados objetivos definidos após a avaliação inicial, referidos no ponto 3.2.1. As atividades realizadas foram ainda de encontro à temática do Projeto Pedagógico Anual: as modalidades desportivas, em que em cada mês era desenvolvido um desporto diferente.

As sessões eram constituídas por: (i) conversa inicial, na qual as atividades eram introduzidas e explicadas às crianças, (ii) duas atividades principais, (iii) o retorno à calma e (iv) a conversa final, em que cada criança indicava qual a atividade que mais tinha gostado de realizar. As sessões decorriam no salão, com exceção dos dias de mau tempo, que se realizavam na própria sala, uma vez que as crianças não podiam deslocar-se de um edifício para o outro enquanto chovia.

Nas atividades, eram utilizados vários materiais (ANEXO E) como arcos, bolas de vários tamanhos e texturas e colchões, existentes no CSMCC. Tal como, jogos e materiais construídos pela estagiária como: painéis de figuras geométricas com tamanhos e cores diferentes, pés com diferentes cores para saltos, alvos de basquetebol com esponjas de piscina, jogos de memória, tabelas de sequências de cores, caixas de areia para desenhar letras, números e formas geométricas, balões com caras de sentimentos, entre outros.

Durante as sessões, as principais áreas trabalhadas foram: a motricidade global e a cognição, mas também, as competências de interação social e emocionais, tais como as capacidades manipulativas, como se pode observar no gráfico seguinte (fig.3).

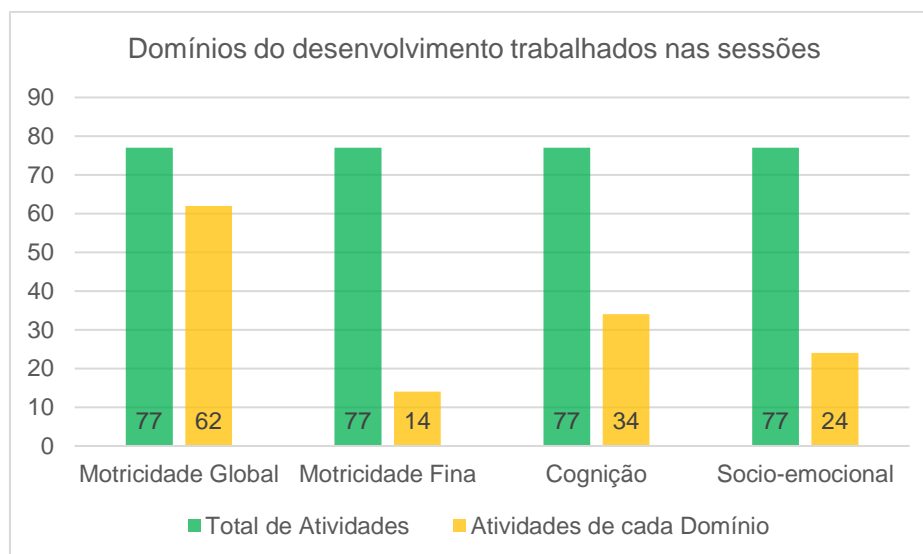


Figura 3 - Relação entre as atividades realizadas e os domínios de desenvolvimento em que se inserem.

Ainda que as atividades ao longo das sessões tenham sido individualizadas aos objetivos de cada um dos grupos, estas foram semelhantes, tendo cada sessão sofrido adaptações para cada grupo, tendo em conta as diferentes faixas etárias e os objetivos para cada uma. Deste modo, o gráfico (fig.3) indica que do total das 77 atividades realizadas, 62 foram ao encontro de objetivos da motricidade global, 14 da motricidade fina, 34 da cognição e 24 das competências socio-emocionais. A maioria das tarefas tinha mais do que um objetivo a ser trabalhado, e.g.: percurso motor realizado a pares, que se inseria no domínio motor e no social.

3.4. Apresentação e Análise de Resultado das Avaliações Finais

De seguida, na tabela 7, apresenta-se de forma resumida os resultados obtidos pelos três grupos, indicando as áreas fortes, intermédias e menos fortes, após a primeira e a segunda avaliação, elaborada de acordo com os seus perfis de desenvolvimento, resultantes das avaliações formais, com base na aplicação da escala SGS II.

Tabela 7 - Tabela resumo das áreas fortes, intermédias e menos fortes de cada grupo, na primeira e segunda avaliação.

Grupos	A	Áreas Fortes	Áreas Intermédias	Áreas menos fortes
Sonecas	1ª	Capacidades Ativas e Passivas; Interação Social; Compreensão Visual e Auditiva; Autonomia; Cognição	Capacidades locomotoras e manipulativas; Fala e Linguagem	-
	2ª	=	=	-

Sonhadores	1ª	Capacidades Ativas e Passivas; Interação Social; Compreensão Visual e Auditiva; Fala e Linguagem; Cognição; Autonomia	Capacidades Locomotoras; Capacidades Manipulativas	
	2ª	Capacidades Ativas e Passivas; Interação Social; Compreensão Visual e Auditiva; Cognição; Autonomia	Capacidades locomotoras e manipulativas; Fala e Linguagem	-
Salitões	1ª	Capacidades Ativas e Passivas, Manipulativas; Interação Social; Compreensão Visual e Auditiva; Fala e Linguagem; Cognição	-	Autonomia; Capacidades Locomotoras
	2ª	Capacidades Ativas e Passivas; Manipulativas; Interação Social; Compreensão Visual e Auditiva; Fala e Linguagem; Cognição; Autonomia	Capacidades Locomotoras	-
Legenda: A – Avaliação; = - as áreas fortes, intermédias e fracas mantiveram-se; 1ª – avaliação inicial; 2ª – avaliação final				

Sonecas (2 anos)

Na segunda avaliação concluiu-se que, de uma forma geral, as crianças continuaram a não apresentar grandes dificuldades, tendo-se verificado apenas pequenas dificuldades nos mesmos domínios de desenvolvimento e na “Autonomia”. No entanto, foram também observadas evoluções positivas nestas áreas em algumas crianças. Na área da “Fala e Linguagem” foi observado um progresso em todas as crianças, verificado através do aumento do seu vocabulário e da capacidade de construir frases. Evolução esta observada, por e.g.: nos momentos de conversa final das sessões, onde cada criança tinha que expor o que mais tinha gostado de fazer e cada uma foi capaz de exprimir verbalmente as suas experiências.

Sonhadores (3-4 anos)

Na segunda avaliação observou-se que, de uma forma geral, as crianças continuaram a não apresentar grandes dificuldades, e verificaram-se progressos nos domínios de desenvolvimento nos quais se observaram cotações inferiores ao esperado tendo em conta a sua idade. Todas as crianças evoluíram em diversas áreas. As áreas da locomoção e manipulação deixaram de ser áreas fracas e passaram a intermédias. Esta evolução pode dever-se ao trabalho realizado ao longo do ano, pois tal como foi referido no ponto 3.3.2. do total das 77 atividades realizadas, 62 foram ao encontro de objetivos da motricidade global.

Saltitões (4-5 anos)

Em comparação com a avaliação final foi concluído que, de uma forma geral, as crianças já não apresentam as dificuldades observadas inicialmente, tendo obtido cotações totais em todas as áreas de desenvolvimento avaliadas. Catorze das vinte e uma crianças obtiveram cotações máximas em todos os domínios. Porém, relativamente à “Autonomia”, a maioria continua a não utilizar a faca, com ou sem ajuda, ou seja, a não realizarem as refeições completamente sozinhos, isto é, usar faca, garfo, colher, copo e prato em plena autonomia. No entanto, é importante referir que após a apresentação dos resultados da avaliação inicial à educadora estas capacidades têm sido continuamente trabalhadas por todas as crianças com o seu apoio na hora de almoço. A evolução das “Capacidades Locomotoras” de área menos forte para área intermédia pode dever-se à mesma razão explicada no grupo da Sala dos Sonhadores.

4. Processo de Intervenção do Estudo de Caso

De seguida, será explanado o processo de intervenção realizado com o estudo de caso, começando pela avaliação e consequente desenvolvimento de objetivos e estratégias, que se seguem do planeamento da intervenção e das sessões. São ainda apresentadas e descritas a visita familiar e as reuniões de equipa multidisciplinar realizadas.

4.1. Observação e Avaliação

Tal como foi descrito no ponto 3.1., durante as primeiras semanas de estágio, a estagiária observou todas as crianças em brincadeira livre e nas rotinas de sala de aula, realizando, também, questões às educadoras sobre o desenvolvimento de cada criança. O mesmo sucedeu com o JL, tendo mantido o seu processo de observação para permitir uma contínua avaliação do seu progresso e desenvolvimento. Além do referido, a estagiária manteve uma constante e contínua comunicação com a educadora da ELI que partilhava informações do progresso do JL nas atividades realizadas. A educadora do JL também transmitia à estagiária informações sobre a prestação do menino nas sessões de terapia da fala, que lhe tinham sido facultadas pela terapeuta da fala.

4.1.1. Schedule of Growing Skills II

Tal como foi realizado com as restantes crianças do CSMCC, o JL foi avaliado com a SGS II, descrita no ponto 3.1.2. No entanto, é importante referir que este instrumento não está adaptado às características de crianças com PEA e, deste modo, poderia não ser o mais adequado para avaliar a prestação do JL. Foi utilizado, dado ser o instrumento

disponível para avaliar as capacidades que a estagiária queria recolher informações sobre, e estas iriam de encontro aos objetivos de intervenção trabalhados com as restantes crianças, no processo de intervenção com os grupos. Além disso, depois de uma reunião com a educadora da ELI, esta referiu que considerava a avaliação com SGS II importante na recolha de informações sobre o desenvolvimento do JL e que pretendia estar presente na avaliação, para recolher informações para a sua intervenção o menino.

Pelas razões apresentadas, foi necessário realizar algumas adaptações de determinados itens, tendo em conta as capacidades e características do JL. Estas adaptações foram realizadas após o primeiro momento de avaliação de modo a não penalizar a criança, uma vez que, durante o período de observação inicial, foi verificado que o JL era capaz de realizar determinadas tarefas, que não estava a conseguir concretizar na avaliação.

As alterações foram as seguintes:

- Nas capacidades manipulativas, subescala desenho da figura humana, a estagiária, indicou ao JL que desenhasse um menino, mas depois de não o realizar deu-lhe pistas verbais sobre o que desenhar, nomeando as diferentes partes do corpo;
- Nas capacidades visuais, subescala compreensão visual, no item “combina os 10 cartões de cores”, a estagiária permitiu que o JL colocasse os cartões sobre a cor correspondente do cartão grande de modelo;
- Nas capacidades de audição e fala, subescala compreensão auditiva, nos itens “compreende as funções dos objetos” e “compreende os verbos” foram apresentadas figuras isoladas ou em pares, em vez das páginas completas do Livro de Gravuras;
- Nas capacidades de audição e fala, subescala compreensão auditiva, no item “compreende adjetivos relacionados com a dimensão” foram utilizados objetos reais em vez das imagens do Livro de Gravuras.

4.1.2. Condições de avaliação

Tal como, no processo de intervenção de grupos, também, foi entregue ao encarregado de educação do JL um termo de consentimento informado (ANEXO B) que explicava o contexto em que se inseria a aplicação do instrumento incluindo uma pequena introdução sobre o objetivo e constituição da SGS II.

O JL foi avaliado em conjunto com a educadora da ELI, uma vez que esta tinha, em reunião, pedido à estagiária para estar presente e poder observar a prestação do JL e recolher

informações sobre a mesma. A avaliação realizou-se na sala 9, em dois momentos e dias diferentes. A educadora da ELI esteve presente apenas no primeiro momento de avaliação. O segundo ocorreu apenas com a estagiária. Os itens da subescala escadas, das capacidades locomotoras, foram avaliados durante a brincadeira livre no parque do CSPSMCC.

4.2. Apresentação e Análise de Resultado da Avaliação Inicial

Abaixo apresenta-se de forma sumária a pontuação obtida por área e o perfil de desenvolvimento do JL, elaborado com os resultados da avaliação formal, aquando da aplicação do instrumento à criança aos 49 meses de idade.

Tabela 8 - Quadro resumo da pontuação obtida pelo JL

Áreas (totais de pontuação)	Postura Passiva (9)	Postura Ativa (12)	Locomoção (20)	Manipulação (28)	Visual (20)	Audição Fala (21)	Fala e Linguagem (22)	Social (24)	Autonomia (23)	Cognitiva (34)
Pontuação Obtida	9	12	16	18	19	15	14	19	18	21

Áreas (meses)	Postura Passiva	Postura Activa	Locomoção	Manipulação	Visual	Audição Fala	Fala e Linguagem	Social	Autonomia	Cognição
60 meses			20	28	20	21	22	24	23	34
			19	27		20	21		22	33
			18	26		19	20		21	32
48 meses			17	25	19	18	19	23	20	31
			16	24		17	18		19	30
36 meses			15	23	18	16	17	22	17	29
			14	22	17	15	16	21	16	28
30 meses			13	21	16	14	15	20	15	27
			12	20		13	14	19	14	26
24 meses			11	19	15	12	13	18	13	25
			10	18	14	11	12	17	12	24
				17					11	23
				16						22
				15						21
										20

Figura 4 - Perfil de desenvolvimento do JL após a avaliação inicial.

Através da análise da tabela 8 e figura 4, pode-se depreender como **área forte** as “Capacidades Visuais”. No que diz respeito às **áreas mais fracas**, de um modo geral, verificou-se que o JL apresentou resultados mais baixos nas capacidades de “Manipulação”, “Audição e Fala”, “Fala e Linguagem”, “Social” e “Cognição”. A criança teve uma performance **intermédia** nas áreas da “Autonomia” e “Locomoção”.

Comparando os resultados obtidos com o traçado esperado para a sua idade – 49 meses (fig.4), é possível retirar as seguintes conclusões relativas ao seu desenvolvimento: nas proximidades do traçado, encontram-se **acima**, as “Capacidades “Visuais”, nas quais a criança apresentou um desenvolvimento adequado para a sua idade. Ainda nas proximidades do traçado horizontal, pode-se observar, **abaixo** do mesmo, as capacidades de: “Manipulação”, “Audição e Fala”, “Fala e Linguagem”, “Social”, “Cognição”, “Autonomia” e “Locomoção”, tendo apresentado maiores dificuldades nas tarefas realizadas e obtido uma cotação inferior ao que era pretendido segundo o traço da sua idade, nestes domínios de desenvolvimento.

De seguida apresenta-se uma apreciação global do desenvolvimento do JL, através de uma análise qualitativa e quantitativa detalhada da avaliação inicial, organizada de acordo com os domínios de desenvolvimento.

Motricidade Global

O JL obteve pontuação máxima nas posturas passivas e ativas. A nível locomotor, a criança foi capaz de andar e correr bem, mantendo o equilíbrio, e conseguindo ultrapassar e evitar obstáculos, tal como, parar subitamente. Conseguiu também, saltar a pés juntos e andar em “bicos de pés”. No entanto, o último realizou, mas não por imitação. O JL não foi capaz de correr em “bicos de pé”, saltar ao pé coxinho, andar em linha, isto é, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé e manter-se em equilíbrio unipedal, em cada pé. Relativamente às escadas, o JL foi capaz de subir e descer as mesmas de modo independente, colocando um pé em cada degrau, conseguindo também, subir as escadas a correr.

Motricidade Fina

Nas atividades de manipulação observou-se que o JL é capaz de utilizar uma pinça nítida para pegar num objeto pequeno. Tal como, de virar uma página de livro de cada vez, ainda que, por vezes, vire várias páginas ao mesmo tempo. Foi também capaz de colocar os pinos dentro do copo e na tábua de encaixe, tendo-o realizado após várias tentativas, pois tinha a tendência de colocar mais do que um de cada vez e, desta forma, ter que recomeçar a tarefa. Relativamente aos cubos, verificou-se que o JL é capaz de construir uma torre de 5 cubos, não conseguindo copiar a ponte e as escadas de 3 degraus com 6 cubos. Durante a tarefa de construção das torres, o JL construía várias torres e a estagiária insistia para que se focasse numa só e colocasse o maior número de cubos possível. Após várias repetições, a criança parou a atividade, destruindo as torres e mandando os cubos para o

chão. No que toca ao desenho, o JL realiza rabiscos e imita a linha horizontal. Não imita e copia a linha vertical, o círculo, a cruz e o quadrado. Por último, no desenho da figura humana, o JL desenha a cabeça.

Compreensão Visual e Auditiva

O JL obteve cotação máxima nas capacidades visuais, no entanto, observou-se dificuldades no reconhecimento de detalhes do livro de figuras, pois não apontava para os detalhes das imagens que lhe eram pedidos (e.g.: olhos do menino, nariz do gato). Foi capaz de combinar 4 cores (azul, amarelo, verde e vermelho) associando os cubos a figuras com as cores iguais, tal como combinar os 10 cartões de cores. Nesta combinação foi observada a capacidade do JL de corrigir os próprios erros, pois ao realizar a tarefa, o próprio percebeu que tinha colocado um cartão na cor errada, e foi capaz de substituir a errada pela cor certa quando a encontrou. O JL foi, também, capaz de completar ambos os quadros de encaixe.

Quando à compreensão auditiva, o JL conseguiu selecionar a pedido dois objetos, apontar para partes do seu corpo e da boneca, seguir ordens de dois passos (penteia a boneca e dá de comer à boneca), compreender os verbos a partir de gravuras de ações e seguir instruções com preposições (em cima e dentro). Contudo, o JL não foi capaz de compreender: as funções dos objetos (através de imagens), adjetivos relacionados com a dimensão, negativos em frases simples e complexas e perguntas mais complicadas. Tal como, cumprir ordens com duas ou três instruções.

Fala e Linguagem

A nível da fala foi observado que o JL é capaz de imitar sons e palavras de outros, utilizar mais de sete palavras com significado e nomear objetos e figuras familiares. No entanto, apenas fá-lo quando é levado ao extremo, i.e., quando não consegue ter o que quer, pois na maioria das situações prefere ficar calado ou levar o adulto até ao objetivo que pretende atingir, seja comida ou objetos. Não forma frases simples, não utiliza palavras interrogativas e pronomes pessoais e não mantém conversações simples e descreve acontecimentos. Não sabe canções infantis, mas durante o acolhimento, por vezes, imita o som do burro no final duma canção, juntamente com outras crianças.

Socio-emocional

Relativamente ao comportamento social, o JL sorri face à estimulação social para fazê-lo e responde ao tratamento carinhoso. Mostra curiosidade aos acontecimentos à sua volta e

imita atividades simples da vida diária. Quando é contrariado desiste da atividade que pretende fazer, mas quando é levado ao extremo mostra-se frustrado. Procura a atenção do adulto e partilha carinhos com os colegas. Quanto ao jogo, o JL explora as possibilidades de brinquedos e brinca sozinho ou perto de um adulto familiar. É capaz de empurrar e puxar brinquedos grandes com facilidade, de chutar uma bola pequena e lançar a bola com uma mão, acima da cabeça. No entanto, realiza este último sem intenção de lançar a bola para outro, i.e., lança para um lado qualquer, mas não para o adulto que lhe pede a bola.

Autonomia

O JL é capaz de comer com colher e garfo autonomamente, tal como utilizar o copo, pegando-o com uma mão, bebendo e colocando-o na mesa sem dificuldade. Não utiliza a faca, no entanto, não o faz porque nunca lhe foi dada para experimentar. Relativamente à higiene, o JL mantém-se seco durante o dia. Costumava pedir para ir à casa de banho, puxando o adulto pela mão, mas agora não o faz, pois sabe que existem as rotinas da sala que lhe permitem ir à casa de banho regularmente. O JL lava e seca as mãos e veste-se sozinho, exceto botões e fechos.

Cognição

A pontuação deste domínio advém da soma de itens das seguintes áreas da escala: “manipulação”, “compreensão auditiva” e “interação social”, e uma vez, que estas são as áreas consideradas menos fortes do JL, também na cognição foi obtido uma pontuação abaixo do esperado para a sua idade.

O JL apresenta dificuldades ao nível da atenção, concentração e permanência na tarefa o que acaba por influenciar a aquisição de outras competências ao nível da cognição. Esta baixa capacidade de concentração/atenção, levou à decisão de não completar a avaliação num só momento, e continuá-la em diversos momentos em dias diferentes. Foi também decidido reformular alguns itens de forma a serem menos distráteis. Pois foi observada a necessidade da existência de poucos estímulos à disposição do Lucas, para este se poder focar numa só atividade, uma vez que procurava interagir com os vários objetos, em vez de se manter concentrado na tarefa a realizar no momento. Foi possível ainda observar a dificuldade do JL na realização de tarefas por instrução e imitação, que ele normalmente realiza por autonomia.

Em momentos de observação do comportamento do JL, foi verificado que este é capaz de fazer *transfer* de aprendizagens para outros momentos (e.g.: o JL tem feito o jogo do sopro

de bolhas de sabão e durante a lavagem das mãos, após o almoço, começou a soprar as bolhas de sabão das suas mãos. Além disso, recorda atividades realizadas no passado para as repetir (e.g.: pediu para desenhar a cara nos seus dedos, depois da educadora ter feito este jogo, algum tempo atrás).

4.3. Objetivos e planeamento da Intervenção

De seguida, são apresentados de uma forma mais pormenorizada os objetivos e as estratégias de intervenção, tal como, a estrutura e planeamento das sessões realizadas com base nos objetivos.

4.3.1. Objetivos e estratégias de intervenção

Tendo em conta os resultados obtidos e as conclusões retiradas da análise desses resultados foram desenvolvidos objetivos para a intervenção a realizar com o JL (tab.9). Além dos resultados da avaliação com base no instrumento utilizado, foram consideradas as observações do JL realizadas em diversos momentos e as aquisições e capacidades esperadas para a sua idade (49 meses), típicas do desenvolvimento infantil.

Tabela 9 - Objetivos e Estratégias de Intervenção do JL.

Domínios de Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Objetivos comportamentais
Motricidade global e fina	Melhorar as capacidades locomotoras	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar a coordenação motora; - Melhorar o equilíbrio estático e dinâmico; - Promover a ação motora por pedido e imitação; 	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de saltar ao pé-coxinho, em ambos os pés; - ser capaz de manter o equilíbrio unipedal, em ambos os pés; - ser capaz de andar e correr em “bicos de pé” por imitação - ser capaz de correr mantendo a direção do olhar em frente; - ser capaz de deslocar-se em equilíbrio sobre a corda;
	Melhorar as capacidades manipulativas	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver a imitação linhas e grafismos com precisão; - Melhorar a transferência de objetos e o lançamento intencional; 	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de lançar a bola com intenção para outro; - ser capaz de realizar o encaixe de pinos nas tábuas; - ser capaz de realizar a ponte e escadas de cubos; - ser capaz de imitar o desenho de formas geométricas; - ser capaz de realizar o desenho da figura humana;
Cognição	Desenvolver competências cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> - Desenvolver noção de número, do corpo e formas; - Melhorar os períodos de atenção e concentração; - Melhorar a capacidade de compreensão e execução de indicações mais complexas; 	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de reproduzir modelos e sequências iguais de cores; - ser capaz de agrupar os objetos por categorias (e.g.: tamanho); - ser capaz de seguir indicações com 2 instruções - ser capaz de compreender verbos e ações e figuras, apontando para as mesmas; - ser capaz de apontar e depois nomear partes do corpo; - ser capaz de identificar números e formas geométricas, apontando para as mesmas quando nomeadas pela estagiária;
Socio-emocional	Desenvolver competências de interação social	<ul style="list-style-type: none"> - Promover o tempo de atenção, concentração e permanência na tarefa; - Desenvolver a integração e cumprimento de regras; - Melhorar a envolvimento e interação nas atividades com pares e estagiária; 	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de aguardar pela sua vez no jogo; - ser capaz de imitar e cooperar com os pares e com a estagiária em atividades em que lhe seja pedido; - ser capaz de concentrar-se numa tarefa, eliminando os estímulos distráteis à sua volta, com ajuda se necessário; - ser capaz de realizar uma atividade do início ao fim,

Autonomia	Melhorar competências de autonomia	<ul style="list-style-type: none"> - Melhorar competências de autonomia na higiene e refeição típicas da idade do JL; 	<ul style="list-style-type: none"> - ser capaz de utilizar a faca nas refeições, nos momentos adequados; - ser capaz de abotoar e fechar os fechos de peças de roupa, com ajuda quando necessário; - ser capaz de vestir e despir o casaco;
<p>Estratégias de Intervenção:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter a estrutura de sessão constante e no final de cada sessão através de imagens ou objetos rechamar e organizar por ordem as atividades realizadas em cada sessão; - Recorrer a pistas verbais, ajudas físicas, reforços positivos e feedback verbal; - Recorrer às áreas mais fortes do JL para promover as menos fortes e intermédias; - Utilizar materiais, objetos, temas do seu interesse na construção de atividades (e.g.: desenhos animados); - Realizar atividades que exijam que o JL esteja alerta e atento aos movimentos do outro, para aumentar a capacidade de atenção e concentração; - Criar situações em que a criança necessite de pedir a ajuda do outro e a procure de forma espontânea; - Realizar atividades com pares, da sua sala, para promover a interação social; - Reavaliar sempre que necessário os objetivos de intervenção; - Envolver os pais e a educadora no acompanhamento do progresso e no conhecimento das dificuldades e capacidades da criança. 			

4.3.2. Planeamento da intervenção

As sessões individuais tiveram início a 7 de dezembro de 2016 e decorreram até dia 24 de maio de 2017, tendo sido realizadas no total 17 sessões. Tinham a duração de cerca de 30 a 40 minutos. Semanalmente, era realizada uma sessão individual com o JL, na qual eram trabalhadas três atividades com base nos objetivos definidos após a avaliação inicial, tal como, na prestação da criança ao longo das sessões e as dificuldades observadas e indicadas pelos pais e pela educadora. As sessões tiveram lugar, no salão, ou na sala 9, dependendo do espaço necessário para executar as diferentes atividades.

Nestas sessões, foram utilizados os mesmos materiais das sessões de grupo, referidos no ponto 3.2.2., com exceção de uma tabela construída com objetivo de organização do início e final de sessão, que permitia, com símbolos, imagens e materiais, no início, dar a criança a conhecer as atividades a realizar e no final, rechamar as tarefas feitas.

Relativamente aos domínios trabalhados ao longo das sessões, como se pode observar no gráfico da figura 5, a maioria das atividades inseria-se nos objetivos de estimulação cognitiva. No entanto, os domínios da motricidade global e fina, tal como, os das competências socio-emocionais, estiveram presentes em aproximadamente metade das atividades. Tal como, nas sessões de grupo, a maioria das tarefas envolveram objetivos de mais de um domínio. É importante ressaltar que ainda que o domínio socio-emocional apareça associado a apenas 24 atividades, a estagiária considera que todas as atividades desenvolvidas ao longo da intervenção foram ao encontro dos objetivos definidos relativos a estas competências, visto que, a relação estagiária-criança, baseou-se em estratégias e interações de constante comunicação com o JL.

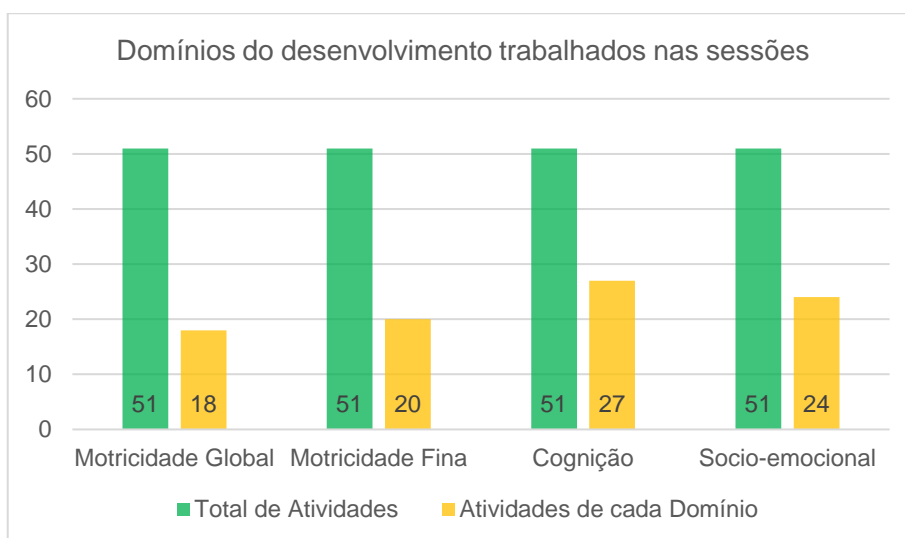


Figura 5 - Relação entre as atividades realizadas e os domínios de desenvolvimento.

As atividades desenvolvidas tinham características semelhantes às atividades das sessões de grupo da sala do JL, uma vez que, nestas foi observada a necessidade do JL de explorar os materiais e só depois realizar as tarefas com os colegas. Assim, respondendo ao pedido da educadora, nas sessões individuais, o JL realizava atividades que combinavam os seus objetivos individuais, e também, os que seriam trabalhados na sessão de grupo seguinte.

4.4. Reuniões de Equipa e Visita Domiciliária

A 5 de dezembro de 2016, a estagiária esteve presente numa reunião de equipa multidisciplinar que acompanhava o JL. Nesta reunião, esteve presente: a diretora técnica/assistente social e a diretora pedagógica do CSPSMCC, a educadora da sala do JL, a terapeuta da fala, a educadora da ELI responsável de caso do JL e a mãe do menino. A reunião teve como objetivos: (i) realizar um levantamento de informações sobre o progresso e situação atual do JL, e (ii) elaborar o PIIP. Durante a elaboração do documento foi possível recolher informações sobre a rede de apoio da família do JL, tal como, as principais preocupações da família. Foram determinados os objetivos gerais no trabalho com o JL, tanto em casa, como no jardim de infância e nas terapias. Nesta reunião foi ainda decidido que se iria realizar uma visita domiciliar com a família do JL.

No dia 25 de junho de 2017, realizou-se uma reunião de final do ano letivo, com a mesma equipa multidisciplinar, mas a mãe esteve acompanhada do marido, pai do menino. Esta reunião teve como objetivos: (i) leitura e alterações do PEI, (ii) esclarecimento sobre o processo de transição para o ensino primário, (iii) necessidade de centralizar os apoios formais num só hospital, e (iv) discussão sobre o progresso do JL até ao momento.

Relativamente à visita domiciliar, estiveram presentes a diretora técnica/assistente social do CSPSMCC, a educadora da sala do JL, a estagiária, a educadora da ELI responsável de caso do JL e a família do JL (mãe, pai, irmã, madrinha e padrinho). A visita teve como objetivo esclarecer o pai sobre o processo de intervenção do JL e do seu diagnóstico, dado o pai não ter estado presente na primeira reunião e a mãe ter indicado que o pai estava a ter mais dificuldades em aceitar a situação do filho. Foram ainda esclarecidas outras questões que foram surgindo pelos familiares, sobre as atividades realizadas em sala e nas sessões de psicomotricidade. No final, a equipa e a família tiveram um momento de lazer e convívio num lanche preparado pela mãe do JL.

4.5. Apresentação e Análise de Resultado da Avaliação Final

Neste subcapítulo são apresentados os resultados da avaliação final do estudo de caso, tal como, a sua análise e comparação com a avaliação inicial.

Abaixo apresenta-se de forma sumária a pontuação obtida por área e o perfil de desenvolvimento do JL, elaborado com os resultados da avaliação formal, aquando da aplicação do instrumento à criança aos 49 meses de idade.

Tabela 10 - Quadro resumo da pontuação obtida pelo JL na avaliação inicial e final.

Áreas (totais de pontuação)	Postura Passiva (9)	Postura Ativa (12)	Locomoção (20)	Manipulação (28)	Visual (20)	Audição Fala (21)	Fala e Linguagem (22)	Social (24)	Autonomia (23)	Cognitiva (34)
Pontuação Obtida Inicial	9	12	16	18	19	15	14	19	18	21
Pontuação Obtida Final	9 =	12 =	17 ↑	22 ↑	19 =	17 ↑	14 =	21 ↑	18 =	28 ↑

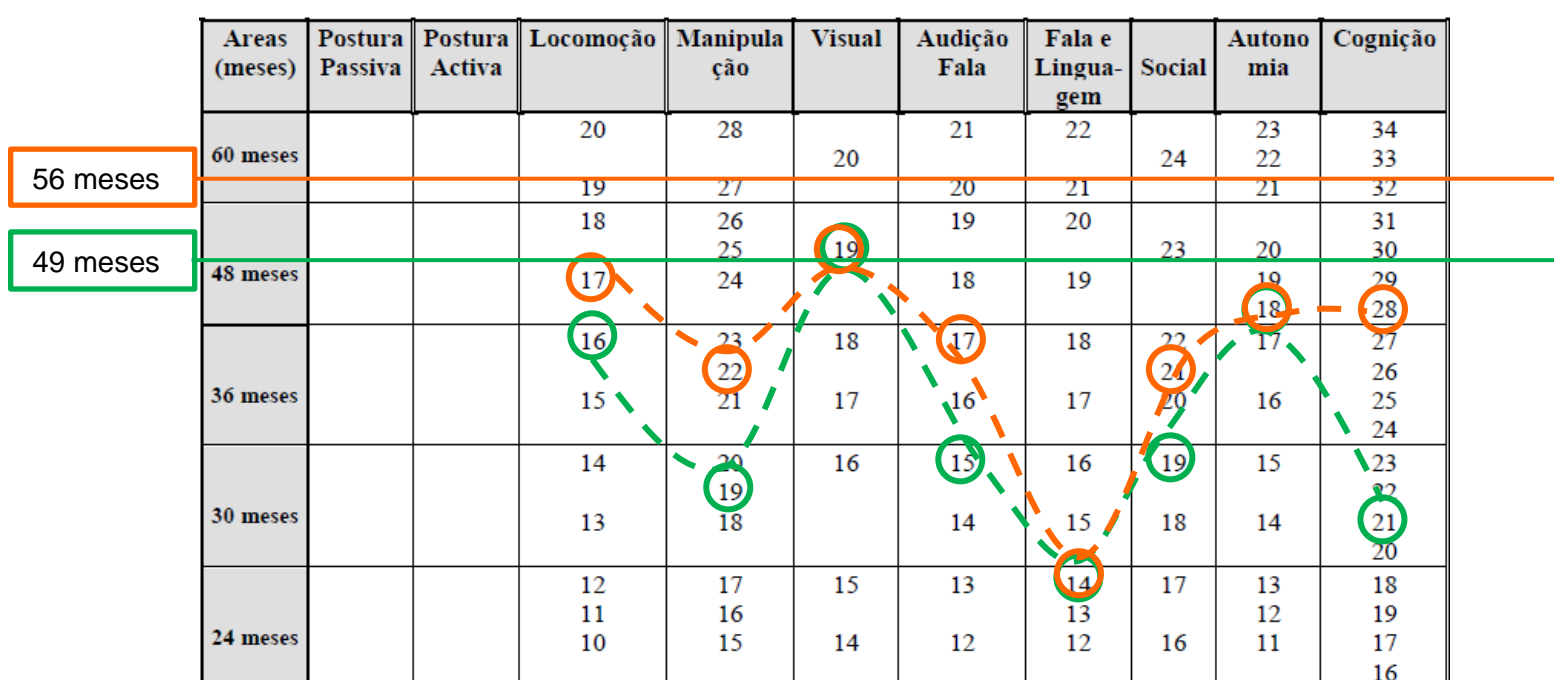


Figura 6 - Perfil de Desenvolvimento do JL nas avaliações inicial e final.

Através da análise da tabela 10 e figura 6, na comparação entre a avaliação inicial e final, pode-se depreender que ainda que todas as áreas se tenham mantido abaixo do traçado da idade, verificou-se uma evolução positiva na maioria das áreas, sendo a evolução mais significativa na área “Cognição”. Esta evolução positiva não foi observada nas áreas “Capacidades Visuais”, “Fala e Linguagem” e “Autonomia”, nos quais a cotação se manteve. As “Capacidades Visuais” permaneceram enquanto área forte, na qual o JL obteve a cotação quase total (não realizou o item “coopera com teste de visão Carta de Snellen”).

De seguida apresenta-se uma apreciação global do desenvolvimento do JL, através de uma análise qualitativa detalhada da avaliação final comparando-a com a inicial e organizada de acordo com os domínios de desenvolvimento.

Motricidade Global

A nível locomotor, comparativamente com a avaliação inicial, o JL já é capaz de correr e andar em “bicos de pé” por imitação e pedido. Continua a não ser capaz de saltar ao pé coxinho, andar em linha, isto é, colocando o calcanhar de um pé à frente da ponta do outro pé e manter-se em equilíbrio unipedal, em cada pé. Relativamente às escadas, o JL continua a ser capaz de subir e descer as mesmas de modo independente, conseguindo também, subir as escadas a correr. É importante referir que já na avaliação inicial foi observada uma boa aptidão motora na criança, no entanto, apresentava alguma dificuldade em realizar certas ações por pedido ou em imitação, o que atualmente já o faz.

Motricidade Fina

Nas atividades de manipulação observou-se que o JL é capaz de colocar os pinos dentro do copo e na tábua de encaixe, mas mantém a tendência de colocar mais do que um de cada vez, tendo que recomeçar a tarefa várias vezes. É capaz de utilizar uma pinça nítida para pegar num objeto pequeno. Tal como, de virar uma página de livro de cada vez, ainda que, por vezes, vire várias páginas ao mesmo tempo. Relativamente aos cubos, verificou-se que o JL já é capaz de construir uma torre com mais de 7 cubos, mas ainda não consegue copiar a ponte e as escadas de cubos. No que toca ao desenho, o JL mostrou-se já capaz de imitar a linha horizontal e vertical e o círculo. Não sendo capaz de imitar a cruz e o quadrado. Por último, no desenho da figura humana, o JL foi capaz de realizar a representação da cabeça, pernas, braços, olhos, nariz, boca e cabelo com indicação verbal da psicomotricista.

Contrariamente à primeira avaliação o JL realizou todas as tarefas referidas, sem apresentar os comportamentos de frustração observados anteriormente (e.g.: atirar os cubos para o chão). Realizou as tarefas, na maioria dos casos, na primeira tentativa e após a primeira demonstração ou indicação verbal da avaliadora.

Compreensão Visual e Auditiva

O JL manteve a cotação máxima nas capacidades visuais e sem apresentar as dificuldades observadas na avaliação inicial no reconhecimento de detalhes do livro de figuras, pois foi capaz de apontar para os detalhes das imagens que lhe eram pedidos (e.g.: olhos do menino, nariz do gato). Foi capaz de combinar os 10 cartões de cores. Nesta combinação

foi observada a capacidade do JL de corrigir os seus próprios erros, pois ao realizar a tarefa, o próprio percebeu que tinha colocado um cartão na cor errada, e foi capaz de o substituir pela cor certa quando a encontrou.

Quando à compreensão auditiva o JL já foi capaz de compreender: as funções dos objetos e negativos em frases simples, através de imagens, apontando para as mesmas; e adjetivos relacionados com a dimensão, não com as imagens, mas com objetos reais. Não foi capaz de compreender negativos em frase complexas e perguntas mais complicadas. Tal como, cumprir ordens com duas ou três instruções.

Fala e Linguagem

A nível da fala foi observado que o JL manteve a cotação obtida na 1ª avaliação, continuando a ser capaz de imitar sons e palavras de outros, utilizar mais de sete palavras com significado e nomear objetos e figuras familiares. No entanto, continua a fazê-lo maioritariamente quando é levado ao extremo, i.e., quando não consegue ter o que quer, pois na maioria das situações prefere ficar calado ou levar o adulto até ao objetivo que pretende atingir, seja comida ou brinquedos. Não forma frases simples, não utiliza palavras interrogativas e pronomes pessoais e não mantém conversações simples e descreve acontecimentos. Não sabe canções infantis, mas durante o acolhimento, por vezes, imita o som do burro no final duma canção, juntamente com outras crianças. Por vezes, chama os colegas e os adultos vocalizando sons semelhantes aos seus nomes.

Socio-emocional

Relativamente ao comportamento social, o JL manteve as capacidades observadas na primeira avaliação e desenvolveu outras. Continua a sorrir face à estimulação social e a responder ao tratamento carinhoso, tal como, a mostrar curiosidade aos acontecimentos à sua volta, imitando atividades simples da vida diária. Quando é contrariado mostra-se frustrado, chorando. Procura a atenção do adulto e partilha carinhos com os colegas. Quanto ao jogo, o JL explora as possibilidades de brinquedos e brinca sozinho e, por vezes, com os pares, perto de um adulto familiar. Continua a ser capaz de chutar uma bola pequena e lançar a bola com uma mão, acima da cabeça, mas já com a intenção de jogo a pares. Mostra-se preocupado com os colegas, olhando e deslocando-se para junto dos mesmos, quando, e.g.: um colega está a chorar. Melhorou a capacidade de aguardar pela sua vez, permanecendo em tempo de espera, durante um período de tempo maior.

Uma vez que deixou de realizar a sesta após o almoço, o JL tem agora mais tempo de brincadeira livre com os pares, com quem interage por iniciativa maioritariamente dos

colegas. No entanto, realiza por autonomia: a brincadeira do monstro em que corre atrás dos colegas ou adultos com as mãos no ar imitando garras e realizando sons para assustar os colegas, e a brincadeira de saltar pelas escadas e muros baixos com os colegas. Por vezes, chama os colegas vocalizando os seus nomes. Em sessão com a psicomotricista, o JL mostra-se capaz de iniciar brincadeiras (e.g.: saltos a pés juntos, com diferença de intensidade e número, e lançar e pontapear bolas e balões) esperando a imitação da psicomotricista das suas ações, puxando-lhe a mão quando esta não o faz. Nas sessões de grupo com os colegas, participa em determinadas atividades de cooperação de grupo (e.g.: atividade de ultrapassar em equilíbrio uma corda de mãos dadas) e é capaz de realizar percursos motores na ordem correta, após observação dos colegas enquanto aguarda a sua vez.

Autonomia

O JL manteve as capacidades observadas na primeira avaliação. É capaz de comer com colher e garfo autonomamente, tal como utilizar o copo, pegando-o com uma mão, bebendo e colocando-o na mesa sem dificuldade. Não utiliza a faca, no entanto, não o faz porque nunca lhe foi dada para experimentar. Relativamente à higiene, o JL mantém-se seco durante o dia, na maioria das vezes. Costumava pedir para ir à casa de banho, puxando o adulto pela mão, mas agora já não o faz, pois sabe que existem as rotinas da sala que lhe permitem ir à casa de banho regularmente. Lava e seca as mãos e veste-se sozinho, exceto botões e fechos.

Cognição

A pontuação deste domínio advém da soma de itens das seguintes áreas: “Capacidades Manipulativas”, “Audição e Fala” e “Interação Social”, áreas que na primeira avaliação tinham sido consideradas menos fortes, e assim, também, na cognição tinha sido obtido uma pontuação abaixo do esperado para a sua idade. Na avaliação final, verificaram-se progressos positivos nestas áreas, sendo a “Cognição, desta forma, a área com o progresso positivo mais significativo.

Na primeira avaliação, observou-se que o JL apresenta dificuldades de concentração e permanência na tarefa, e esta dificuldade, levou à decisão de não completar a avaliação num só momento, e continuá-la em diversos momentos em dias diferentes. Foi também decidido reformular alguns itens de forma a serem menos distráteis. Pois foi observada a necessidade da existência de poucos estímulos à disposição do JL, para este se poder focar numa só atividade, uma vez que procurava interagir com os vários objetos, em vez de se manter concentrado na tarefa a realizar no momento. Foi possível ainda observar a

difficuldade do menino na realização de tarefas por instrução e imitação, que ele normalmente realiza por autonomia.

Na avaliação final, como foi referido, o JL apresentou progressos positivos, mas continua a apresentar algumas dificuldades ao nível da atenção, concentração e permanência na tarefa o que acaba por influenciar a aquisição de outras competências ao nível da cognição. Dada esta evolução positiva, foi possível realizar a avaliação em apenas dois momentos, sendo que no primeiro realizou-se a maioria dos itens. Manteve-se a reformulação de alguns itens de forma a serem menos distráteis e a utilização de objetos em alternativa a imagens, diminuindo os estímulos à disposição do JL e aumentando a sua motivação e capacidade de concentração.

Em momentos de observação do comportamento do JL em brincadeira livre e em sessões individuais e de grupo, continuou-se a verificar que este é capaz de fazer *transfer* de aprendizagens para outros momentos e de recordar atividades realizadas no passado para as repetir (e.g.: realizava autonomamente o jogo dos saltos quando entrava na sala com a estagiária para a sessão individual).

Todo o progresso apresentado pode ter resultado de vários fatores: (i) estar integrado numa instituição com uma equipa orientada para apoiar o JL na sua evolução, com uma educadora de sala que também tem formação na área da educação especial e que continuamente procura e desenvolve estratégias para o seu trabalho com o JL; (ii) o JL receber diversos apoios, com profissionais que trabalham em equipa multidisciplinar e em conjunto, incluindo o trabalho realizado com a estagiária; e (iii) a família ter sido, ao longo do ano, esclarecida sobre o diagnóstico e situação atual do JL, e assim, com apoio da equipa que acompanha o JL, adaptado alguns dos seus comportamentos com o objetivo de potencializar as interações com o JL e consequentemente o seu desenvolvimento.

Este progresso teve impacto na vida do JL a vários níveis: (i) no seu perfil de desenvolvimento, que tal como foi apresentado verificou-se uma evolução geral; (ii) nas interações que estabelece com os pares e adultos, pois atualmente é uma criança que interage mais, integrando-se mais no grupo onde se insere e onde é uma pessoa mais ativa; e por fim, (iii) melhoria do contexto familiar, pois o esclarecimento de dúvidas da família e esta ter conhecimento da evolução do JL, permitiu que se consciencializasse mais facilmente de que é possível o JL evoluir e que esta evolução é significativa na vida dele, diminuindo as suas preocupações iniciais.

5. Atividades complementares

5.1. Relatórios de avaliação para despiste

O CSPSMCC tem como parceria a Nimis Magis - Serviços Lda, uma pequena média empresa, em Caneças, que dá respostas a vários níveis, oferecendo serviços nas áreas da Saúde, da Formação, do Empreendedorismo e dos Eventos. Mais concretamente, na área da saúde, têm as valências da Psicologia, Neuropsicologia, Terapia da Fala, Psicomotricidade, Educação Especial e Nutricionismo (Nimis Magis, 2015).

Esta empresa acompanha várias crianças do CSPSMCC, nos âmbitos da psicologia e terapia da fala, sendo que é pela empresa que o CSPSMCC encaminha crianças para despiste e consultas de desenvolvimento. Durante o estágio, após observações realizadas pela estagiária, pelos pais e pelas educadoras duas crianças foram encaminhadas para esta avaliação.

Neste encaminhamento, foi pedido à estagiária que realizasse um relatório de avaliação e observação sobre a prestação, dificuldades e necessidades de cada criança. Nos relatórios foram descritos os resultados da avaliação formal inicial realizada com o instrumento SGS II, tal como, os da avaliação informal, pelas observações realizadas do comportamento da criança ao longo do tempo, nas sessões, nas rotinas de sala e em brincadeira livre. No anexo C, encontra-se um exemplo dos relatórios realizados.

5.2. Reuniões com os encarregados de educação

Após o final do primeiro período, a 20 e 23 de janeiro e 3 de fevereiro de 2017, das 17h às 19h, realizaram-se as reuniões de cada sala das educadoras com os encarregados de educação. A estagiária esteve presente nas três reuniões com o objetivo de apresentar-se, explicar o que é a psicomotricidade, quais os objetivos e etapas do estágio em decurso, e por fim, uma breve análise geral dos resultados das avaliações iniciais do grupo. A exposição oral teve uma duração de cerca de 10 a 15 minutos, com apoio de uma apresentação power point (ANEXO D).

Durante a apresentação foi explicado que os pais que pretendessem obter informações específicas sobre os resultados dos seus filhos, poderiam no final da reunião falar com a estagiária individualmente, o que a maioria fez. Nesta breve reunião informal, a estagiária apresentou aos pais os resultados, indicando as áreas fortes da criança e as áreas menos fortes, explicando quais tinham sido as dificuldades observadas e oferecendo estratégias a adaptar na rotina familiar, para apoiar a criança a ultrapassar essas mesmas dificuldades.

E.g.: uma menina de 4 anos, apresentava dificuldades nas capacidades locomotoras, principalmente nos saltos, e também tinha sido observada baixa autoestima pela estagiária e pela educadora, por isso, foi aconselhado aos pais, que quando fossem ao parque envolvessem a criança em brincadeiras mais motoras e lhe dessem constantes feedbacks positivos, para que a sua confiança fosse aumentando e as capacidades motoras melhorassem.

Nas restantes reuniões com os encarregados de educação no CSPSMCC, a estagiária não esteve presente, mas transmitiu às educadoras informações sobre a prestação e evolução das crianças, que foram depois transmitidas pelas educadoras aos pais nas reuniões. Na reunião final, no documento de avaliação de cada criança entregue aos pais, na parte das capacidades motoras, na sala de 2 anos, a educadora, colocou os resultados da avaliação final realizada pela estagiária que estavam nos relatórios entregues pela mesma.

5.3. Sessão Estimulação Sensorial – Dia da Mãe

No final de abril, a estagiária realizou sessões de grupo de estimulação sensorial, em que criou, no salão, espaços com variados materiais relativos aos cinco sentidos e a propriocepção (ANEXO G). A sessão foi recebida com grande satisfação pelas crianças, mas também pela equipa do CSPSMCC, que sugeriu à estagiária recriar esta mesma sessão para uma atividade mães e filhos, do dia da Mãe.

Desta forma, no dia 8 de maio, a estagiária realizou três sessões seguidas de 30 minutos cada, com as crianças e as mães. Estas sessões tiveram como objetivos: a estimulação sensorial e potencializar as interações mãe-filho. As atividades basearam-se nos objetivos de estimular: a cognição, a atenção e concentração, a noção corporal, estimulação sensorial, associação de conceitos, discriminação visual, capacidades locomotoras.

A estrutura da sessão consistiu em: uma breve introdução sobre o porquê da atividade, i.e., foi explicado que as atividades tinham sido realizadas no contexto de estágio nas sessões de grupo e que as crianças tinham gostado e pedido para repetir e a equipa decidiu que a repetição fosse na atividade do dia da mãe. Foi seguida, uma explicação dos materiais, qual o seu uso e objetivo, passando por cada área. Por fim, as mães puderam explorar livremente todas as áreas e atividades com os filhos, com o apoio da psicomotricista e educadoras. No final, as famílias disfrutaram dum pequeno lanche e fotografias com os filhos.

5.4. Atividades do Dia do Pijama

O Dia do Pijama, normalmente festejado a 20 de novembro, data coincidente com o dia da Convenção Internacional dos Direitos da Criança, foi celebrado no dia 21 de novembro, uma vez que dia 20 foi um domingo. Este é um dia educativo e solidário, no qual crianças até aos 10 anos, vão vestidas de pijamas para as escolas e/ou instituições, de Portugal e em países com escolas portuguesas, e realizam atividades lúdicas e educativas inspiradas e definidas pela Missão Pijama, com o fim de lembrar as crianças e famílias que todas as crianças têm o direito de crescer numa família (Mundos de Vida, 2012).

A Missão Pijama enviou para o CSPSMCC um conjunto de atividades para realizar não só no dia do pijama, mas como ao longo da semana anterior. Uma das atividades, era um jogo motor, baseado no livro também enviado, nesse ano. Foi sugerido à estagiária que dinamizasse uma pequena sessão que envolvesse esse mesmo jogo. O jogo consistia num conjunto de cartas, sendo que cada uma indicava uma tarefa motora para realizar em grupo, pares ou individualmente (ANEXO F).

Ao jogo, a estagiária adicionou cartas com diferentes cores e números para associar aos números coloridos nas cartas do jogo. Deste modo, na sessão, as crianças, sentadas em círculo, uma de cada vez, retiravam uma carta, que depois de identificar o número e a cor, procuravam a respetiva carta do jogo para depois realizar a tarefa, em grupo. A atividade terminou depois de terem realizado todas as tarefas das cartas.

5.5. Festas de Natal e de Final do Ano

No dia 10 de dezembro de 2016, realizou-se a festa de natal do CSPSMCC, em Caneças, na Sociedade Musical e Desportiva de Caneças, pela parte da manhã. A festa foi composta por atuações das crianças das salas de jardim de infância e de sala de estudo, tal como apresentações das atividades de desporto e lazer do CSPSMCC, como o karaté e o ballet. No final, os pais apresentaram às crianças danças e teatros. A estagiária esteve presente para dar apoio na preparação da festa, quer na organização do espaço, como na recolha e entrega das crianças aos pais, ajuda no vestir e despir, idas à casa de banho e ainda no acompanhamento das crianças, durante o espetáculo.

A 15 de junho de 2017, na festa de final de ano, no Auditório da Academia Militar da Amadora, a estagiária voltou a estar presente, tendo as mesmas funções que na festa anterior. No entanto, ajudou também no desenvolvimento de uma das atuações. Em conjunto com uma das educadoras, foi preparada uma dança/representação com as crianças finalistas (que iriam para o 1º ciclo no ano letivo seguinte) que simbolizava o

caminho até ao primeiro ano, sendo que este caminho era composto para vários obstáculos motores, com tarefas que as crianças foram realizando ao longo das sessões de psicomotricidade. Foram incluídas, cambalhotas, saltar a pés juntos em vários arcos seguidos, ultrapassar um túnel em quadrupedia e correr em ziguezague contornando pinos.

6. Dificuldades e limitações

A primeira dificuldade sentida foi não ter como orientador local um técnico superior de reabilitação psicomotora. Até ao momento, todas as minhas experiências profissionais tinham sido realizadas com base no apoio e guia de outro psicomotricista. No entanto, penso que esta dificuldade permitiu-me explorar e recordar todos as metodologias de psicomotricistas que conheci anteriormente, assim como, a teoria aprendida na faculdade, e depois criar o meu próprio programa de psicomotricidade adequando-o às necessidades da instituição onde estagiei.

A dificuldade referida levou ainda a outra limitação. No meu local de estágio a área da psicomotricidade não era ainda muito conhecida pelo que numa fase inicial, foi necessário explicar várias vezes o que é, quais os objetivos e o porquê de ser importante. Esta falta de conhecimento, pela restante equipa, penso que levou a uma diminuição de oportunidades de possíveis intervenções individuais, uma vez que, mesmo depois de explicar as razões pelas quais a psicomotricidade poderia ser importante para uma criança que ainda que sem diagnóstico, mas com sinais preocupantes, tanto os pais, que também não conheciam a área, como a equipa não levaram adiante as minhas propostas de intervenção.

Ter que realizar sessões com um número elevado de crianças não me pareceu uma limitação ou dificuldade, inicialmente. Mas com o passar do tempo, as crianças desenvolveram uma maior confiança e à vontade na relação comigo, o que levou a que os comportamentos menos positivos do grupo, no geral, se agravassem um pouco. No entanto, depois de redefinidas as estratégias e com o apoio das educadoras e auxiliares, esta dificuldade deixou de existir.

Por último, neste estágio tive a minha primeira experiência de intervenção individual com uma criança com diagnóstico de PEA. Deste modo, ainda que a teoria na faculdade me tivesse oferecido várias ferramentas para ter uma intervenção de sucesso, inicialmente, foi um pouco difícil perceber quais as metodologias que resultariam melhor. Tive que realizar muita pesquisa sobre programas de intervenção nas PEA, mas com o tempo e com

progresso na relação com a criança, consegui desenvolver estratégias que facilitaram esta relação com o JL e, conseqüentemente, o processo de intervenção.

7. Conclusão e Perspetivas de Futuro

Neste ultimo capítulo, é apresentada uma conclusão geral refletora de todo o processo de estágio e as consequências do mesmo nas aprendizagens da estagiária.

Este ano, foi como o nome do ramo de mestrado indica, realmente, um processo de aprofundamento de competências profissionais. Estas aprendizagens resultaram tanto da prática, como das constantes pesquisas teóricas realizadas, ao longo ano, necessárias para fundamentar a intervenção. Mas, penso que as mais importantes aprendizagens tenham resultado da prática profissional, no contacto com as crianças e com a equipa do CSMCC, na resolução de problemas que foram surgindo, na partilha de experiência, que todos, de alguma forma, contribuíram para o enriquecimento dos meus conhecimentos e capacidades enquanto psicomotricista.

Considero que tenha sido uma experiência muito positiva que permitiu atingir os meus objetivos definidos na entrada para mestrado de Reabilitação Psicomotora. Desenvolvi mais experiência e competências importantes no trabalho com crianças de idades 0 aos 6 anos, que é a minha área de interesse. Foi uma experiência positiva não só para mim, como para as crianças e famílias com quem interagi, pois fui recebendo *feedbacks* muito positivos de todas as partes, incluindo a equipa do CSMCC.

A nível científico, penso que continua a ser necessário, estudar e avaliar a eficácia e importância da intervenção precoce nos âmbitos preventivos e educativos nas idades pré-escolares. Além disso, penso que, ainda que para nós profissionais esteja completamente claro que a Intervenção Precoce deve focar-se na família como um todo e não apenas na criança, outros profissionais, sem formação nesta área, ainda não têm esta noção. Por isso, sensibilizações, palestras e outras formas de alerta, sobre esta temática, poderiam ser bastante importantes no esclarecimento geral da população, sobre esta forma de intervir.

Cresci muito, tanto a nível pessoal como profissional, e espero continuar a fazê-lo no futuro, pois a nossa profissão depende muito deste crescimento contínuo, em ambos os níveis.

No futuro, espero poder continuar a minha prática profissional na Intervenção Psicomotora em idades precoces, especialmente, com grupos de crianças em creches e jardins de infância, no âmbito preventivo e educativo. Mas também, ainda nestas idades, trabalhar mais com crianças com perturbações de desenvolvimento. Não só com crianças com diagnóstico de Perturbação do Espectro do Autismo, mas, também, com outras problemáticas. Pois, antes desta experiência nunca tinha trabalhado com crianças com

necessidades educativas especiais, tendo assim, sido um desafio muito importante e difícil, mas muito interessante e enriquecedor.

Espero também, conseguir incluir mais facilmente, a componente familiar fundamental da intervenção precoce, na minha prática com futuras crianças, o que não consegui durante este estágio, pois acredito que seja determinante no processo de intervenção de cada criança, uma vez, que este é o seu contexto de crescimento e desenvolvimento principal.

Por fim, quero continuar a experienciar novos desafios, a desenvolver novas aprendizagens e adquirir mais conhecimentos, para que o meu futuro, enquanto psicomotricista, possa ter o mais sucesso possível e eu ser cada vez mais eficaz para com as populações com quem intervir.

Bibliografia

- Allen, S. F. (2007). Assessing the development of young children in child care: A survey of formal assessment practices in one State. *Early Childhood Education Journal*, 34(6), 455-465. doi: 10.1007/s10643-007-0153-z
- Almeida, I. C. (2012). Intervenção precoce: Focada na criança ou centrada na família e na comunidade?. *Análise Psicológica*, 22(1), 65-72. doi: 10.14417/ap.130
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Bairrão, J., & Almeida, I. C. D. (2003). Questões actuais em intervenção precoce. *Psicologia*, 17(1), 15-29.
- Bellman, M. H., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). *Schedule of growing skills II: Reference manual*. London: NFER Nelson.
- Briggs-Gowan, M. J., Carter, A. S., Irwin, J. R., Wachtel, K., & Cicchetti, D. V. (2004). The Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment: screening for social-emotional problems and delays in competence. *Journal of pediatric psychology*, 29(2), 143-155. doi: 10.1093/jpepsy/jsh017
- Camarata, S. (2014). Early identification and early intervention in autism spectrum disorders: Accurate and effective?. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 16(1), 1-10. doi: 10.3109/17549507.2013.858773
- Carvalho, L.; Almeida I. ; Felgueiras, I.; Leitão , S.; Boavida, J.; Santos, P. Serrano, A.; Brito, T; Pimentel, J.; Pinto, A.; Grande, C. ; Brandão , T.; Franco, V. (2016). *Práticas Recomendadas em Intervenção Precoce na Infância: Um guia para profissionais*. Coimbra: ANIP.
- Centro Social Paroquial Santa Marta (2014). Quem Somos. Acedido a 5 de novembro de 2017, disponível em: <http://cspsantamarta.com/index.php/quem-somos/missao-e-valores>
- Centro Social Paroquial Santa Marta (2014b). História. Acedido a 5 de novembro de 2017, disponível em: <http://cspsantamarta.com/index.php/quem-somos/historia>

- Chakrabarti, S., & Fombonne, E. (2001). Pervasive developmental disorders in preschool children. *Jama*, 285(24), 3093-3099.
- Committee on Children with Disabilities. (2001). Developmental surveillance and screening of infants and young children. *Pediatrics*, 108(1), 192-195.
- Costa, J. (2005). Dinâmica de Grupo em Psicomotricidade de base relacional. *Intervenções Terapêuticas em Grupo de Crianças e Adolescentes*, 277-298.
- Dawson, G., Rogers, S., Munson, J., Smith, M., Winter, J., Greenson, J., ... & Varley, J. (2010). Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the Early Start Denver Model. *Pediatrics*, 125(1), e17-e23.
- Decreto-Lei nº 281/2009 de 6 de Outubro. Diário da República, 1.ª série - nº 193.
- Delli, C. K. S., Varveris, A., & Geronta, A. (2016). Application of the Theory of Mind, Theory of Executive Functions and Weak Central Coherence Theory to Individuals with ASD. *Journal of Educational and Developmental Psychology*, 7(1), 102. doi: doi.org/10.5539/jedp.v7n1p102
- Direção Geral de Saúde [DGS] (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Norma 010/2013.
- Franco, V. (2007). *Dimensões transdisciplinares do trabalho de equipe em intervenção precoce*. *Interação em Psicologia*, 11 (1), 113-121. doi: dx.doi.org/10.5380/psi.v11i1.6452
- Fonseca, V. (2009a). Para uma Teoria da Perfectabilidade Psicomotora: algumas Implicações para a Intervenção Psicomotora. *A Psicomotricidade*, 12, 9-52.
- Fonseca, V. da, (2009b). Para uma teoria da perfectabilidade psicomotora. *A Psicomotricidade*, 12 (2009), 9-52.
- Fonseca, V. da, (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação psiconeurológica dos seus factores*. Lisboa: Âncora Editora.
- Fórum Europeu da Psicomotricidade (2012). PSYCHOMOTRICIAN PROFESSIONAL COMPETENCES IN EUROPE. [PDF doc]. Acedido a 4 de janeiro de 2018, disponível em: http://psychomot.org/documents-inventory/professional_competences_2012.pdf.

- Gilliam, W. S., Meisels, S. J., & Mayes, L. C. (2005). Screening and surveillance in early intervention systems. *The developmental systems approach to early intervention*, 73, 98.
- Glascoe, F. (2005). Screening for developmental and behavioral problems. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 11(3), 173-179. doi: 10.1002/mrdd.20068
- Glascoe, F. (2007). Development and Behavioral Screening. In J. Jacobson, J. Mulick, & J. Rojahn. (Eds.). *Handbook of intellectual and developmental disabilities* (pp. 353-372). USA: Springer Science & Business Media.
- Gonçalves, A. S. C. (2015). *A participação dos pais na identificação de situações de risco no desenvolvimento infantil: estudo exploratório com a utilização do Parents' Evaluation of Developmental Status: Developmental Milestones [PEDS: DM]* (Dissertação de Mestrado).
- Happé, F., & Frith, U. (2006). The weak coherence account: detail-focused cognitive style in autism spectrum disorders. *Journal of autism and developmental disorders*, 36(1), 5-25. doi: 10.1007/s10803-005-0039-0
- Hill, E. L. (2004). Evaluating the theory of executive dysfunction in autism. *Developmental review*, 24(2), 189-233. doi: doi.org/10.1016/j.dr.2004.01.001
- Johnson, C. P., & Myers, S. M. (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215. doi: 10.1542/peds.2007-2361
- Kumamoto, L. (2012). Autismo-uma abordagem psicomotora. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 5(2), 231-238.
- Lima, C., Garcia, F. & Gouveia, R. (2012). As Comorbilidades nas PEA. In C. Lima (Ed.), *Perturbações do Espectro do Autismo: Manual Prático de Intervenção* (pp. 23–35). Lisboa, Portugal: Lidel – edições técnicas, lda.
- Llinares, M. L., & Rodríguez, J. S. (2003). Creciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a las personas con espectro autista. *Revista iberoamericana de psicomotricidad y técnicas corporales*, (10), 11-24.

- López, P. I., Sánchez, M. J. M., & Ibáñez, C. A. (2004). La estimulación psicomotriz en la infancia a través del método estitsológico multisensorial de atención temprana. *Educación XX1*, 7, 111. doi: doi.org/10.5944/educxx1.7.1.332
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In Fonseca, V. & Martins, R. (Ed.). *Progressos em Psicomotricidade*, pp. 29-40. Lisboa: Edições FMH.
- Meisels, S. J., & Atkins-Burnett, S. (1989). Developmental screening in early childhood: A guide. Washington, DC: National Association for the Education of Young Children.
- Mundos de Vida (2012). O que é o Dia Nacional do Pijama?. Acedido a 10 de dezembro de 2017, disponível em: http://mundosdevida.pt/_O_que_e_o_Dia_Nacional_do_Pijama
- Nimis Magis (2015). Sobre Nós. Acedido a 20 de janeiro de 2018, disponível em: <http://www.nimis-magis.pt>
- Oliveira, G. (2009). Autismo: diagnóstico e orientação. Parte I-Vigilância, rastreio e orientação nos cuidados primários de saúde. *Acta Pediátrica Port*, 40(6), 278-87.
- Oliveira, G., Ataíde, A., Marques, C., Miguel, T. S., Coutinho, A. M., Mota-Vieira, L., Gonçalves, E., Lopes, N. M., Rodrigues, V., Carmona da Mota, H. and Vicente, A. M. (2007). Epidemiology of autism spectrum disorder in Portugal: prevalence, clinical characterization, and medical conditions. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 49: 726–733. doi:10.1111/j.1469-8749.2007.00726.x
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal... na psicomotricidade da criança. *A psicomotricidade*, 1(1), 37-41.
- Oono, I. P., Honey, E. J., & McConachie, H. (2013). Parent-mediated early intervention for young children with autism spectrum disorders (ASD). *Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal*, 8(6), 2380-2479.
- Paixão, J. (2013). *Relatório de Estágio Profissionalizante em Psicomotricidade e Intervenção Precoce na CerciOeiras*. Universidade de Lisboa – Faculdade de Motricidade Humana.

- Pasco, G. (2010). Identification and diagnosis of autism spectrum disorders: an update. *Pediatric Health*, 4(1), 107-114. doi: doi.org/10.2217/phe.09.64
- Pool, J. L., & Hourcade, J. J. (2011). Developmental screening: A review of contemporary practice. *Education and Training in Autism and Developmental Disabilities*, 267-275.
- Probst, M., Van de Vliet, P. (2005). A terapia psicomotora aplicada a pacientes psiquiátricos adultos numa perspectiva flamenga. *A psicomotricidade*, 6, 15-33.
- Rajendran, G., & Mitchell, P. (2007). Cognitive theories of autism. *Developmental Review*, 27(2), 224-260. doi: doi.org/10.1016/j.dr.2007.02.001
- Rodríguez, J. & Llinares, M. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62, 35-60.
- Rydz, D., Shevell, M. I., Majnemer, A., & Oskoui, M. (2005). Topical review: developmental screening. *Journal of child neurology*, 20(1), 4-21. doi: doi.org/10.1177/08830738050200010201
- Sabbagh, M. A. (2004). Understanding orbitofrontal contributions to theory-of-mind reasoning: Implications for autism. *Brain and cognition*, 55(1), 209-219. doi: doi.org/10.1016/j.bandc.2003.04.002
- Silva, A. (2011). *O Papel do Psicomotricista na Intervenção Precoce*. Consultado em 3 de Fevereiro de 2015 no sítio: <https://iijornadasappnorte.files.wordpress.com/2011/06/intervenc3a7c3a3o-precoce-psicomotricidade.pdf>
- Silva, F. D. O., & Tavares, H. M. (2010). Psicomotricidade relacional na escola infantil tradicional. *Uberlândia: Revista da Católica*, 2(3), 348-363.
- Soejima, C. S., & Bolsanello, M. A. (2012). Early intervention program in nursery school with babies. *Educar em Revista*, (43), 65-79. doi: dx.doi.org/10.1590/S0104-40602012000100006
- Strain, P. S., & Bovey, E. H. (2011). Randomized, controlled trial of the LEAP model of early intervention for young children with autism spectrum disorders. *Topics in Early Childhood Special Education*, 31(3), 133-154.

- Valsagna, A. (2009). La formación corporal del psicomotricista: un cómo y un por- qué, de un saber que se in-corpora. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*. 33 (9), 85-94.
- Vieira, J. L. (2014). Psicomotricidade relacional: a teoria de uma prática. *PerspectivasOnLine*, 2007-2010, 3(11).
- Williams, M. E., Hutchings, J., Bywate, T., & Daley, D. (2013.). Schedule of Growing Skills II: Pilot Study of an Alternative Scoring Method. *Psychology*, 4(3), pp. 143-152. doi: 10.4236/psych.2013.43021
- Zwaigenbaum, L., Bauman, M. L., Choueiri, R., Fein, D., Kasari, C., Pierce, K., ... & McPartland, J. C. (2015). Early identification and interventions for autism spectrum disorder: executive summary. *Pediatrics*, 136(Supplement 1), S1-S9. doi: 10.1542/peds.2014-366

Anexos

Anexo A – Brochura de Proposta


A intervenção psicomotora procura brincar com intencionalidade, demonstrando que a melhor forma de aprender é através do corpo, do movimento e do brincar.

Por meio das atividades, as crianças, além de se divertirem, criam, interpretam e relacionam-se com o mundo em que vivem.

Permite:

Desenvolver as funções psíquicas, emocionais e relacionais;


Harmonizar e maximizar o potencial motor, cognitivo e afetivo-relacional, isto é, o desenvolvimento global da personalidade.



Solange Moura

Técnica Superior de Reabilitação
Psicomotora pela Faculdade de
Motricidade Humana—
Universidade de Lisboa


Telefone: 917993704
Correio Eletrónico:
solangeamoura@gmail.com



**Intervenção Precoce e a
Psicomotricidade em
Berçários, Creches e
Jardins de Infância**

Porquê?

Estágio Profissional
Faculdade de Motricidade Humana—UL



**O que é a
Psicomotricidade?**

A Psicomotricidade estuda o homem através do **corpo** e as relações que este estabelece com o mundo externo e interno. Relaciona-se com o processo de maturação e assim, com as aquisições cognitivas, afetivas e orgânicas. A psicomotricidade nasce com o bebé e acompanha o indivíduo em todo o seu desenvolvimento.

Atua a nível preventivo, educativo e reeducativo/terapêutico em contextos de saúde, educação, segurança social, justiça, entre outros.

Assim, nas creches, teria como objetivos principais: o **preventivo**, isto é, a promoção e estimulação do desenvolvimento, tal como a melhoria ou manutenção de competências de autonomia; e o **educativo**, em que se pretende, em diferentes contextos, estimular o desenvolvimento psicomotor e potencializar aprendizagens.

IMPORTÂNCIA DA INTERVENÇÃO PRECOCE



Os primeiros anos de vida são particularmente importantes para o desenvolvimento global de uma criança, pois é nesta fase que ocorre o desenvolvimento vital em todos os domínios decorrentes de intensos eventos no estágio de maturação do Sistema Nervoso Central.

A Psicomotricidade permite o desenvolvimento de competências psicomotoras tais como o controlo respiratório, tonicidade, equilíbrio, noção corporal, estruturação espaço-temporal, coordenação, e motricidade fina. Desenvolve o potencial de aprendizagem e permite o desenvolvimento de habilidades escolares.

A intervenção teria então como objetivos: a **estimulação em casos de fraco estímulo** (identificar problemas de desenvolvimento e de maturação psicomotora, de comportamento, de aprendizagem e de âmbito afetivo, com vista a promover a expressão motora adequada); **reforçar competências familiares/responder às suas necessidades**; e o **trabalho direto com a crianças e em conjunto com a família e comunidade**.

O estágio seria de 21 horas semanais.

E uma **mais valia** para a instituição!

A Psicomotricidade é uma área que está em expansão e que seria prestada de modo gratuito.

E, uma vez que há ligação com a Faculdade de Motricidade Humana, existe a garantia de supervisão científica que garante qualidade de intervenção.

COM A FAMÍLIA?

A família deve ser considerada conjuntamente como recetora e agente ativa do programa de intervenção. Assim, deseja-se que a família participe e colabore com os profissionais no desenrolar do programa e que lhe seja passada a tomada de decisão em tudo aquilo que tenha a ver com a criança e com a família no seu todo. A Psicomotricidade propõe uma intervenção que pretende capacitar e fortalecer a família, envolvendo-a ativamente.

A interação com pais atentos, responsivos, sensíveis, estimulantes e calorosos promove o desenvolvimento cognitivo e social da criança.

O QUE FAZ O PSICOMOTRICISTA?

- ◊ Avaliações frequentes do perfil psicomotor e de desenvolvimento de cada criança;
- ◊ Desenvolvimento objetivos de intervenção para o grupo e para cada criança;
- ◊ Planeamento de sessões terapêuticas de grupo e individuais;
- ◊ Construção de materiais para as sessões adaptados ao nível de desenvolvimento de cada criança;
- ◊ Prestação de apoio para com as famílias das crianças e esclarecimento de dúvidas (e.g. workshops/palestras/reuniões) dos pais, caso necessário/desejado.

Anexo B - Termo de Consentimento Informado

AUTORIZAÇÃO

Exmo. Encarregado de Educação,

Enquanto Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora e estagiária no Centro Social e Paroquial de Santa Marta de Casal de Cambra, venho solicitar a sua autorização para a realização de uma avaliação de desenvolvimento ao seu educando.

Esta avaliação tem como objetivo a recolha de informações sobre o desenvolvimento de cada criança em diversos domínios, para, numa fase posterior, traçar o perfil de desenvolvimento infantil e desenvolver objetivos de intervenção individuais. Será utilizado o instrumento de avaliação *Schedule of Growing Skills II* que, a partir de diversas tarefas, avalia capacidades motoras e manipulativas, de audição e visão, linguagem e interação social, tal como, a cognição e a autonomia.

A avaliação surge no âmbito da unidade curricular Atividades de Aprofundamento de Competências Profissionais (Estágio Profissional), inserida no segundo ano do Mestrado de Reabilitação Psicomotora na Faculdade de Motricidade Humana (Universidade de Lisboa).

A participação é voluntária e durante todo o processo, tem o direito de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento.

Agradeço desde já a sua atenção e colaboração.

Casal de Cambra, 31 de outubro de 2016,

Solange Alexandra de Assunção Moura

Eu _____, (Encarregado de Educação), de _____, (nome da criança) da Educadora _____ autorizo a avaliação a realizar por parte da Estagiária Solange Moura.

Assinatura do Encarregado de Educação

____ / ____ / _____, _____

Anexo C – Exemplo de um relatório de observação e avaliação

Relatório de Avaliação Psicomotora e de Desenvolvimento Inicial

Nome: JG

Data da avaliação formal: 24 de novembro de 2016

Avaliadora: Solange Moura, Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora

A avaliação formal, realizada individualmente, com a aplicação da *Schedule of Growing Skills II*, permitiu perceber que o J tem como áreas fortes: capacidades manipulativas, compreensão visual e auditiva, capacidades de autonomia e cognição; domínios nos quais obteve a pontuação máxima tendo em conta a sua idade. Relativamente às capacidades locomotoras, estas foram consideradas como uma área intermédia pois verificou-se uma prestação satisfatória, ainda acima do tracejado da idade cronológica, mas em que se observaram pequenas dificuldades, uma vez que o J não salta ao pé coxinho e não desce as escadas com alternância de pés, de modo independente. Como áreas fracas, no J observaram-se os domínios Fala e Linguagem e Interação Social nos quais obteve resultados abaixo do tracejado para a sua idade.

Uma avaliação informal, através da observação do comportamento do J, em diversos momentos em grupo, permitiu retirar algumas conclusões relativas ao seu comportamento e prestação. A nível da fala e linguagem foi observado que o J apresenta algumas dificuldades em manter conversações simples, ou seja, em descrever e relatar vagamente acontecimentos recentes. Quando lhe são feitas perguntas sobre o que fez ou o que mais gostou nas sessões de psicomotricidade, o J tende a dar a mesma resposta “a mãe, a pai e kiko” e apenas após alguma insistência e pistas verbais, é que dá uma resposta adequada à questão realizada. Além disso, por vezes, exprime-se com palavras em inglês e não em português.

Quanto à interação social, o J apresenta algumas dificuldades na partilha de brinquedos e na participação em jogos de cooperação/pares, tal como no cumprimento de regras dos mesmos. O J brinca maioritariamente sozinho, encontrando-se, por vezes, dentro de um grupo, mas em brincadeira individual.

É importante, referir que o J, na maioria das vezes, apresenta um comportamento ajustado, durante as sessões, uma vez que mostra gosto e motivação pelas atividades motoras e jogos realizados, tal como, facilidade na realização dos mesmos. No entanto, por vezes, apresenta alguns padrões de comportamento desadequados como: correr e andar pelo salão quando é pedido para estar sentado ou em espera para realizar os jogos e chorar

quando é contrariado. Quando são realizadas atividades com cores, o J tem a tendência de escolher tudo o que for azul e se por acaso algum colega também o fizer ou esta não for uma opção para ele, fica frustrado e recusa-se a utilizar materiais das restantes cores. Ainda, relativamente às cores, durante a avaliação formal, nas atividades dos cubos, foi observada a necessidade do J de construir torres com uma só cor, mesmo após lhe ter sido explicado e demonstrado que não era necessário. Só depois de colocar todos os cubos duma cor é que o J avançava para cubos de uma cor diferente.

Sendo assim, é compreendido que, no geral, a nível motor e cognitivo, o J não apresenta dificuldades, mostrando competências em algumas áreas até acima da sua idade (compreensão visual e capacidades manipulativas) mas a nível da fala e linguagem e no domínio comportamental, foram observadas algumas dificuldades e, por vezes, comportamentos desviantes tendo em conta o típico para a sua idade, que se têm mantido ao longo do tempo.

Anexo D – Apresentação aos pais

Psicomotricidade

no Centro Social e Paroquial de Santa Marta de Casal de Cambra

Solange Moura, Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora

Psicomotricidade

(re)educação ou terapia de mediação corporal e expressiva

A partir duma visão global do ser humano

Estuda-o através do corpo em movimento

Na relação entre o psiquismo e a motricidade

Atua nos âmbitos

- ☐ Preventivo
- ☐ Educativo
- ☐ Reabilitativo/Terapêutico

Metodologias

Jogo Lúdico

Terapias Expressivas

Relaxação/
consciencialização
corporal

Neuromotoras/
movimento

Psicomotricidade em JI e Creches

Preventivo

Educativo

A psicomotricidade procura brincar com intencionalidade, demonstrando que a melhor forma de aprender é através do corpo, do movimento e do brincar.

E pretende harmonizar e maximizar o potencial motor, cognitivo e afetivo-relacional.

Psicomotricidade no CSPSMCC

Observação e Avaliação do perfil psicomotor e desenvolvimento de cada criança

Desenvolvimento de objetivos de intervenção

Planeamento e execução de sessões de psicomotricidade de grupo e individuais

Resultados gerais da avaliação

Áreas Fortes

- Capacidades Ativas e Passivas
- Interação Social
- Fala e Linguagem
- Compreensão visual e auditiva
- Cognição
- Capacidades manipulativas

Áreas Menos Fortes

- Autonomia
- Capacidades Locomotoras

Intervenção a desenvolver

Aulas de
Ginástica



Sessão semanal de
Psicomotricidade

Objetivos

Motricidade global

Desenvolver o equilíbrio unipedal

Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-pedal

Motricidade Fina

Melhorar a imitação do desenho de formas geométricas

Desenvolver enfiamentos simples

Cognição

Melhorar os períodos de atenção sustentada

Melhorar a reprodução de modelos e sequências iguais

Socio-emocional

Desenvolver uma maior resistência à frustração

Desenvolver a identificação de emoções e sentimentos no outro


Obrigada pela atenção

Solange Moura, Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora

Anexo E – Lista de Materiais Disponíveis e Construídos

Materiais Disponíveis no CSPSMCC	
6 Arcos	Tapete de esponja com números
20 Colchões	100 Bolas de piscina
Espelho	2 Bolas de esponja
1 Set de bowling	2 Bolas de peluche
30 Mini colchões redondos	10 Bolas de basquete e futebol
20 Colchões tipo yoga	2 Bolas Suíças
Materiais comprados ou construídos pela estagiária	
Túnel	Copos de plástico
Cordas	Painel de figuras geométricas
Garrafas sensoriais	Cubo de cores
Esponjas de piscina	Painel de Sequências de cores
Bastões de esponja	Jogos de memória e encaixe
Balões	Areia sensorial
Palhinhas	Letras e números de esponja
Pés para saltar em várias direções	Pinos de bowling de diferentes tamanhos
Cubos sensoriais	Molas com cores
Mickeys de cores	Formas de cores diferentes

Anexo F – Sessão Dia do Pijama

Sala	Descrição/Objetivos Comportamentais	Objetivos gerais	Material	Estratégias	Tempo
Sala do Sonecas	As crianças encontram-se sentadas em círculo. Uma de cada vez, devem vir ter com a psicomotricista, retirar um papel do saco e depois em conjunto com o grupo e com apoio da psicomotricista, procurar a carta correspondente (cor e número). De seguida, a psicomotricista lê a instrução e explica o jogo. As crianças devem realizar as tarefas, com demonstração e ajuda física, caso necessário.	Estimulação das capacidades locomotoras, equilíbrio, trabalho em grupo, estruturação espaço-temporal, estimulação da imaginação, representação mental e expressão corporal, discriminação de cores, identificação de números	<p>Saco com papéis</p> <p>Cartas do jogo</p> <p>Tampas (p/ o coração - 8)</p> 	Demonstração	30'
Sala dos Sonhadores	As crianças encontram-se sentadas em círculo. Uma de cada vez, devem vir ter com a psicomotricista, retirar um papel do saco e depois em conjunto com o grupo procurar a carta correspondente (cor e número). De seguida, a psicomotricista lê a instrução e explica o jogo. As crianças devem realizar as tarefas, com demonstração e ajuda física, caso necessário.			Instrução verbal	30'
Sala dos Saltitões	As crianças encontram-se sentadas em círculo. Aos pares, devem vir ter com a psicomotricista e uma das crianças retira um papel do saco e depois em conjunto procuram a carta correspondente (cor e número). De seguida, a psicomotricista lê a instrução e explica o jogo. As crianças devem realizar as tarefas, com demonstração e ajuda física, caso necessário.			Feedback corretivo	
				Ajuda verbal e física	30'
				Dispor o grupo em círculo, para que estejam todos visíveis	30'

Anexo G – Sessão de Estimulação Sensorial

Atividades	Objetivos Comportamentais	Objetivos gerais	Material	Estratégias	Tempo
Conversa inicial + “Os sentidos e o que podemos fazer” <p>As crianças sentadas conversam com a psicomotricista sobre os sentidos e as partes do corpo associadas. Depois, em grupo, escutam a explicação da psicomotricista sobre cada área (visão, tato, audição, olfato, propriocepção).</p>	<p>As crianças devem ser capazes de responder a questões, e.g.: o que usamos para ver/ouvir/cheirar. Devem ser capazes de associar os verbos à parte do corpo e depois aos sentidos. Devem ser capazes de permanecer em silêncio e tranquilos enquanto lhes é dado a conhecer os diferentes materiais.</p>	<p>Cognição, Atenção e concentração, noção corporal, estimulação sensorial, associação</p>	<p>Materiais de estimulação dos sentidos</p>	<p>Demonstração</p> <p>Instrução verbal</p> <p>Feedback corretivo</p> <p>Ajuda verbal</p>	<p>20'</p>
“Vamos explorar” <p>As crianças, divididas em 4 grupos e em sistema rotativo, exploram os materiais das áreas de estimulação sensorial, independentemente.</p>	<p>As crianças devem ser capazes de explorar os diferentes materiais de estimulação sensorial; com apoio manual e verbal quando necessário.</p>	<p>Estimulação sensorial</p>			<p>20'</p>
Conversa final <p>Enquanto uma música calma toca, as crianças sentadas, inspiram e expiram profundamente. Depois fazem uma revisão com a psicomotricista sobre os sentidos e as partes do corpo associadas. E o que preferiram na sessão.</p>	<p>As crianças devem ser capazes de retornar ao estado de calma e realizar os movimentos demonstrados. Devem ser capazes de associar os verbos à parte do corpo e depois aos sentidos. Não apresentando desconforto e permanecendo calmos e tranquilos durante a atividade.</p>	<p>Retorno à calma</p> <p>Cognição, Atenção e concentração, noção corporal, estimulação sensorial, associação</p>		<p>Falar num tom baixo e por uma música a tocar para induzir um estado de calma</p>	<p>10'</p>

Anexo H – Exemplo de um relatório de avaliação inicial de grupo entregue à educadora de sala

Relatório de Avaliação Inicial dos Sonecas

Teste de Avaliação do Desenvolvimento – “*The Schedule of Growing Skills II*”

Avaliadora: Solange Moura, Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora

Objetivo

A avaliação inicial tem como objetivo a recolha de informação sobre as capacidades e dificuldades de cada criança de modo a estabelecer objetivos a atingir até ao final da intervenção, através das sessões de psicomotricidade no âmbito da Intervenção Precoce.

Esta avaliação baseou-se numa avaliação formal com a aplicação da *Schedule of Growing Skills II* (SGS II), entre 15 e 24 de outubro, em momentos individuais com cada criança, e uma avaliação informal através da observação do comportamento de cada criança, em diversos momentos.

Instrumento de Avaliação

A *Schedule of Growing Skills II* é um teste de avaliação do desenvolvimento que, a partir de diversas tarefas, possibilita avaliar o nível de desenvolvimento da criança através de pontuações em dez domínios do desenvolvimento (posturas passivas e ativas, capacidades motoras e manipulativas, audição e visão, linguagem e interação social, cognição e autonomia). Estas pontuações permitem traçar o perfil de desenvolvimento infantil, através da comparação com os resultados standardizados. Trata-se, portanto, de um teste de referência à norma que permite identificar as áreas fortes, fracas e intermédias de cada criança.

Resultados da Avaliação

Abaixo apresenta-se de forma sumária as áreas fortes, intermédias e fracas de cada criança, elaborado de acordo com os seus perfis de desenvolvimento, com base nos resultados da avaliação formal na aplicação da escala SGS II.

As áreas fortes correspondem aos domínios onde as crianças obtiveram a pontuação tendo em conta a sua idade ou acima da mesma, e as áreas intermédias aos domínios onde se verificou uma prestação satisfatória, ainda acima do tracejado da idade cronológica, mas onde se observaram dificuldades em alguns itens. As áreas fracas correspondem a itens onde as crianças obtiveram resultados abaixo do tracejado para a sua idade.

Tabela 1 - Tabela resumo das áreas fortes, intermédias e fracas de cada criança.

Criança	Áreas Fortes	Áreas Intermédias	Áreas Fracas
C	Locomoção; Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Manipulação	-
F	Locomoção; Manipulação; Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	-	-
M.I.	Manipulação; Audição e Fala; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Locomoção; Fala e Linguagem	-
Ma	Manipulação; Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Locomoção	-
M	Locomoção; Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Manipulação	Audição e Fala (compreensão auditiva)
R	Manipulação; Audição e Fala; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Locomoção; Fala e Linguagem	-

Tendo em conta os resultados obtidos foi concluído que, de uma forma geral, as crianças não apresentam grandes dificuldades, tendo-se verificado apenas pequenas dificuldades nos domínios de desenvolvimento: Fala e a Linguagem, Manipulação e Locomoção.

Ainda assim, é um grupo que apresenta facilidades a nível da Interação Social, da Compreensão visual, da Autonomia e Cognição tendo todos obtido cotação acima da sua idade. Tanto as capacidades de postura ativa como passiva estão desenvolvidas na sua totalidade por todo o grupo.

Isto posto, de seguida será explicitado quais as dificuldades de cada criança observadas nos resultados da avaliação com a SGS II.

Nos resultados do **F** verificou-se que este não tem nenhuma área fraca, tendo sido capaz de realizar com sucesso todas as tarefas da sua idade e algumas de idades superiores (36 meses). O mesmo verificou-se na **C**, com exceção das capacidades manipulativas, uma vez que não foi capaz de construir uma torre de 6 ou mais cubos nem de copiar a ponte de cubos, com um modelo à vista.

Tanto a **Ma** como a **M.I.** apresentaram, nas suas áreas fortes, resultados superiores ao esperado para a sua idade. No entanto, na **Ma** verificou-se, a nível locomotor, que não anda em “bicos de pé” e não sobe as escadas de modo independente, isto é, com alternância de pés. A **M.I.** e o **R** apresentaram dificuldades a nível da fala e linguagem por ainda não terem começado a formar pequenas frases e não utilizarem palavras interrogativas e pronomes pessoais. Quanto às capacidades locomotoras, não saltam a pés juntos nem andam em “bicos de pé” A **M.I.** também não sobe as escadas de modo independente.

O **M** não foi capaz de construir uma torre com 7 ou mais cubos nem de copiar a ponte de cubos com o modelo à vista. Relativamente à compreensão auditiva, o **M** não foi capaz de compreender instruções com preposições (debaixo, em cima, atrás), adjetivos relacionados com a dimensão (maior, menor) e negativos (“Qual é que não tem sapatos?”).

Objetivos de Intervenção

Tendo em conta os resultados obtidos e as conclusões retiradas da análise desses resultados foram desenvolvidos objetivos para a intervenção a realizar com o grupo (tab.2). Além dos resultados da avaliação foram consideradas as observações das crianças realizadas em diversos momentos e as aquisições e capacidades esperadas para as idades destas crianças, típicas do desenvolvimento infantil.

Tabela 2 - Objetivos gerais e específicos de intervenção.

Objetivos Gerais	Domínios de Desenvolvimento	Objetivos Específicos
Desenvolver capacidades locomotoras	Motricidade global	Melhorar o salto a pés juntos e o andar em “bicos de pé”
		Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-pedal
		Desenvolver o salto ao pé-coxinho, em ambos os pés
		Melhorar a transferência de objetos e o lançamento
	Motricidade fina	Melhorar a imitação do círculo e linha vertical e horizontal
		Melhorar a pega em pinça nítida de pinos e encaixe nas tábuas
		Melhorar a construção de pontes e escadas com cubos
		Desenvolver noção de número, quantidade e dimensão
Melhorar as capacidades manipulativas	Cognição	Melhorar os períodos de atenção sustentada
		Desenvolver compreensão de preposições e negativos em frases
		Desenvolver a capacidade de agrupar os objetos por categorias
		Melhorar capacidade de nomeação de objetos e figuras
Desenvolver competências cognitivas e de interação social	Socio-emocional	Melhorar capacidade de construção de frases simples
		Melhorar a aceitação regras estipuladas em diferentes momentos
		Melhorar capacidade de aguardar pela sua vez no jogo
		Desenvolver uma maior resistência à frustração

Tal como é possível observar na tabela 2, os objetivos foram agrupados tendo em conta os vários domínios de desenvolvimento, como: Motricidade global, Motricidade Fina, Cognição e Competência Sociais. Estes objetivos serão trabalhados em sessões de grupo podendo, também, ser desenvolvidos em momentos individuais com cada criança, se assim se justificar. Estes objetivos serão trabalhados em conjunto em diversas atividades ao longo das sessões de psicomotricidade, podendo ao longo do tempo ser acrescentados novos objetivos consoante o comportamento e prestação das crianças e as observações e conclusões retiradas dos mesmos.

Anexo I – Exemplo de um relatório de avaliação final de grupo entregue à educadora de sala

Relatório de Avaliação Final dos Sonecas

Teste de Avaliação do Desenvolvimento – “*The Schedule of Growing Skills II*”

Avaliadora: Solange Moura, Técnica Superior de Reabilitação Psicomotora

Objetivo

A avaliação final tem como objetivo a recolha de informação sobre o progresso de cada criança após o final das sessões de intervenção psicomotora, com o fim de apurar se os objetivos estabelecidos inicialmente foram alcançados.

A avaliação baseou-se numa avaliação formal, oito meses após a inicial, com a reaplicação da *Schedule of Growing Skills II* (SGS II), a 20 e 21 de junho, e uma avaliação informal através da observação contínua do comportamento de cada criança.

Resultados da Avaliação

Abaixo apresenta-se de forma sumária as áreas fortes, intermédias e fracas de cada criança, após a primeira e a segunda avaliação, elaborada de acordo com os seus perfis de desenvolvimento, resultantes das avaliações formais nas aplicações da escala SGS II.

As áreas fortes correspondem aos domínios onde as crianças obtiveram a pontuação tendo em conta a sua idade ou acima da mesma, e as áreas intermédias aos domínios onde se verificou uma prestação satisfatória, ainda acima do tracejado da idade cronológica, mas onde se observaram dificuldades em alguns itens. As áreas fracas correspondem a itens onde as crianças obtiveram resultados abaixo do tracejado para a sua idade.

Tabela 1 - Tabela resumo das áreas fortes, intermédias e fracas de cada criança.

Criança	A	Áreas Fortes	Áreas Intermédias	Áreas Fracas
C	1ª	Locomoção; Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Manipulação	-
	2ª	Locomoção; Manipulação; Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	-	
F	=	Locomoção; Manipulação; Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	-	-
M.I.	1ª	Manipulação; Audição e Fala; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Locomoção; Fala e Linguagem	-
	2ª	Locomoção; Manipulação; Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	-	
Ma	1ª	Manipulação; Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Locomoção	-

	2ª	Locomoção; Manipulação; Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	-	
M	1ª	Locomoção; Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Manipulação	Audição e Fala (compreensão auditiva)
	2ª	Audição, Fala e Linguagem; Visual; Social; Cognição; Locomoção; Autonomia	Manipulação	-
P	1ª	Locomoção; Manipulação; Audição e Fala; Compressão visual; Cognição	Interação Social	Fala e Linguagem; Autonomia
	2ª	Locomoção; Manipulação; Audição e Fala; Compressão visual; Cognição; Autonomia	-	Fala e Linguagem; Autonomia
R	1ª	Manipulação; Audição e Fala; Visual; Social; Cognição; Autonomia	Locomoção; Fala e Linguagem	-
	2ª	Manipulação; Audição e Fala; Visual; Social; Cognição	Autonomia	-
Legenda: A – Avaliação; = - as áreas fortes, intermédias e fracas mantiveram-se; 1ª – avaliação inicial; 2ª – avaliação final				

Tendo em conta os resultados obtidos foi concluído que, de uma forma geral, as crianças continuam a não apresentar grandes dificuldades, tendo-se verificado apenas pequenas dificuldades nos domínios de desenvolvimento: “Fala e a Linguagem”, “Capacidades Manipulativas”, “Autonomia” e “Capacidade Locomotoras”. No entanto, foram também observadas evoluções positivas nestas áreas em algumas crianças.

Nos resultados do **F** verificou-se que este continua a não ter nenhuma área fraca, e a ser capaz de realizar com sucesso todas as tarefas da sua idade e algumas de idades superiores (48 meses), tendo-se observado evolução em todas as áreas de pelo menos um ponto. O mesmo verificou-se na **C**. Na sua avaliação verificou-se também que já é capaz de construir uma torre de 7 ou mais cubos e de copiar a ponte de cubos, com um modelo à vista.

Também a **Ma** e a **M.I.** continuaram a apresentar, nas suas áreas fortes, resultados superiores ao esperado para a sua idade (48 meses) e não se verificaram áreas intermédias. A **Ma**, a nível locomotor, já é capaz de andar e correr em “bicos de pé” e de subir as escadas de modo independente, isto é, com alternância de pés. A **M.I.** relativamente às capacidades locomotoras, já é capaz de saltar a pés juntos e andar e correr em “bicos de pés”. Tal como, de subir as escadas de modo independente. Nas capacidades de fala e linguagem observou-se uma evolução positiva e esta já é capaz de formar pequenas frases, descrever acontecimentos recentes e conhece canções infantis.

O **M** já é capaz de construir uma torre com 7 ou mais cubos tal como de copiar a ponte de cubos com o modelo à vista. No entanto, não foi capaz de imitar o desenho duma cruz e ainda não iniciou o desenho da figura humana, com o desenho de pelo menos a cabeça. Relativamente à compreensão auditiva, o **M** já foi capaz de compreender instruções com preposições (debaixo, em cima, atrás), adjetivos relacionados com a dimensão (maior,

menor), negativos (“Qual é que não tem sapatos?”) e ordens com duas instruções (“Põe a colher no copo e a boneca no chão”).

O **P** progrediu a nível da interação social, sendo capaz de estar mais presente em jogos e brincadeiras entre pares e com adultos, tal como, uma melhoria do nível de atenção e capacidade de permanência em atividades. Relativamente à fala e linguagem verificou-se que o **P** ainda apresenta algumas dificuldades na formação de pequenas frases, com duas ou mais palavras. Porém existiu uma evolução positiva na nomeação de objetos e gravuras familiares. A nível da autonomia, foi observado que o **P** ainda apresenta algumas dificuldades na alimentação mais independente.

O **R** progrediu na área da fala e linguagem, sendo capaz de nomear objetos e gravuras e de formar frases simples. Quanto às capacidades locomotoras, foi observado que já é capaz de saltar a pés juntos, tal como, de andar e correr em “bicos de pés”. A autonomia surge como área intermédia dado que o **R** ainda utiliza fralda e continua a apresentar dificuldades na antecipação das necessidades, não indicando ou dando sinais aos adultos quando precisa de mudar a fralda.

Objetivos de Intervenção

Relativamente aos objetivos definidos inicialmente, trabalhados ao longo das sessões de psicomotricidade de grupo, na maioria foram alcançados pela generalidade das crianças, como se pode verificar na tabela 2.

Tabela 2 - Objetivos gerais e específicos de intervenção (a **negrito** os objetivos alcançados).

Objetivos Gerais	Domínios de Desenvolvimento	Objetivos Específicos
Desenvolver capacidades locomotoras Melhorar as capacidades manipulativas Desenvolver competências cognitivas e de interação social	Motricidade global	Melhorar o salto a pés juntos e o andar em “bicos de pé”
		Melhorar a coordenação óculo-manual e óculo-pedal
	Motricidade fina	Desenvolver o salto ao pé-coxinho, em ambos os pés
		Melhorar a transferência de objetos e o lançamento
		Melhorar a imitação do círculo e linha vertical e horizontal
		Melhorar a pega em pinça nítida de pinos e encaixe nas tábuas
	Cognição	Melhorar a construção de pontes e escadas com cubos
		Desenvolver noção de número, quantidade e dimensão
		Melhorar os períodos de atenção sustentada
		Desenvolver compreensão de preposições e negativos em frases
		Desenvolver a capacidade de agrupar os objetos por categorias
	Socio-emocional	Melhorar capacidade de nomeação de objetos e figuras
		Melhorar capacidade de construção de frases simples
		Melhorar a aceitação regras estipuladas em diferentes momentos
		Melhorar capacidade de aguardar pela sua vez no jogo
		Desenvolver uma maior resistência à frustração

Anexo J – Exemplo de um plano de sessão de grupo

Atividades	Objetivos Comportamentais	Objetivos gerais	Material	Estratégias	Time
Conversa inicial + “Percurso de aquecimento” As crianças, num círculo, realizam os movimentos de aquecimento, imitando a psicomotricista. De seguida, as crianças fazem o percurso: escolher uma mola, andar pela corda, saltar a pés juntos para dentro e fora do arco e colocar a mola no cartão de cor correspondente.	Após instrução e demonstração, as crianças devem ser capazes realizar os movimentos de aquecimento das articulações. Devem ser capazes de andar pela corda mantendo o equilíbrio, saltar a pés juntos para dentro e fora do arco e colocar a mola no cartão correspondente realizando a pega em pinça; com ajuda verbal e física se necessário.	Estimulação das capacidades locomotoras e manipulativas, planeamento motor, memória, discriminação e associação de cores, equilíbrio	Molas Corda Arcos Cartões de cores	Demonstração Instrução verbal Feedback corretivo Ajuda verbal	10’
“Pares do basquetebol” As crianças, aos pares, passam a bola entre si, com uma mão, duas mãos (passes de peito) e de passe picado, alternando entre os mesmos consoante indicação da psicomotricista.	Após demonstração, as crianças devem ser capazes de passar a bola ao colega com ambas as mãos/uma mão/passe picado; com ajuda física e verbal se necessário, podendo errar várias vezes, deixando a bola cair.	Estimulação das capacidades locomotoras, coordenação oculo-manual, cooperação	Bolas		10’
“Encestamentos coloridos” As crianças, uma de cada vez, escolhem um cartão que terá uma bola de basquetebol (azul/amarela/vermelha) e lançam a bola para o cesto da cor do cartão que lhes calhar. Repetir pelo menos uma vez.	Após demonstração, as crianças devem ser capazes de escolher um cartão e lançar a bola para o cesto, associando corretamente a cor do cesto ao do cartão escolhido; com ajuda física se necessário, podendo errar uma vez.	Estimulação das capacidades locomotoras, coordenação oculo-manual, discriminação de cores, associação	Bolas Cestos Cartões de cores		10’
Conversa final + “Tensão e Calma” Enquanto uma música calma toca, as crianças, enquanto inspiram e expiram profundamente, e após demonstração, vão realizar os seguintes alongamentos: (1) sentadas: flexão e relaxação dos ombros e punhos, (2) deitados: extensão e flexão do tronco e membros, (3) ficar de olhos fechados durante alguns minutos e acalmando o corpo.	As crianças devem ser capazes de retornar ao estado de calma e realizar os movimentos demonstrados, realizando flexão e extensão do tronco e membros. Não apresentando desconforto e permanecendo calmos e tranquilos durante a atividade.	Retorno à calma, imitação, consciencialização corporal, cooperação	Música	Falar num tom baixo e por uma música a tocar para induzir um estado de calma	10’

Anexo K – Exemplo de um plano de sessão do estudo de caso

Atividades	Objetivos Comportamentais	Objetivos gerais	Material	Estratégias	Tempo
“O corpo no papel” O JL deita-se sobre o papel e a psicomotricista desenha o seu corpo. O JL pinta-o desenhando círculo e riscos, seguindo as indicações da psicomotricista.	Após instrução, o JL deve ser capaz de permanecer em decúbito dorsal sobre o papel permitindo o desenho do corpo pela psicomotricista, deve ser capaz de realizar círculos e traços horizontais e verticais, com ajuda física e verbal se necessário, podendo errar uma vez.	Capacidade locomotoras, Capacidades manipulativas, discriminação de cores	Linhas de fita cola colorida Pompons Copos de cores Molas	Demonstração ou Instrução verbal Feedback corretivo Ajuda verbal e física	10'
“O corpo e a plasticina” O JL constrói a figura humana usando plasticina em conjunto com a psicomotricista.	Após demonstração, o JL deve ser capaz de moldar as diferentes partes constituintes da figura humana; com ajuda física se necessário, podendo errar duas vezes.	Noção do corpo, capacidade manipulativas, representação corporal	Plasticina		10'
“Atravessa o labirinto e monta o corpo” O JL atravessa o labirinto e recolhe as partes do corpo para construir a figura humana.	O JL deve ser capaz de ultrapassar o labirinto de corda e recolher o segmento corporal e de colocar essa parte do corpo no boneco inteiro; com ajuda física e verbal se necessário, podendo errar na ordem uma vez.	Noção de corpo, memória de trabalho, capacidades locomotoras	Corda Molas Segmentos corporais + Boneco		10'
“O que fizemos hoje” No quadro dos jogos feitos, o JL colocar as miniaturas das atividades realizadas pela ordem real dentro dos espaços de um a três.	Após instrução verbal, o JL deve ser capaz de escolher e ordenar as atividades realizadas na sessão, representando-as. Com ajuda manual se necessário	Memória, raciocínio, representação mental e simbólica			5'